

Procedură

din 03/10/2013

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 669bis din 31/10/2013

Procedurile de practică pentru asistenții medicali generaliști din
03.10.2013

Proiect propus de:

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA

Martie 2013

PARTEA I

PREVENIREA INFECȚIILOR NOZOCOMIALE

Capitolul 1

CONTROLUL INFECȚIILOR

1.1. Definiție, factori și surse de contaminare, căi de transmitere

Definiție

Infecția nosocomială (IN) este infecția contractată în unități sanitare cu paturi (de stat și private), care se referă la orice boală infecțioasă ce poate fi recunoscută clinic și/sau microbiologic și pentru care există dovada epidemiologică a contractării în timpul spitalizării/actului medical sau manevrelor medicale, care afectează fie bolnavul - datorită îngrijirilor medicale primite, fie personalul sanitar - datorită activității sale și este legată prin incubație de perioada asistării medicale în unitatea respectivă, indiferent dacă simptomele bolii apar sau nu apar pe perioada spitalizării.

Factori și surse de contaminare intraspitalicești

Agenții responsabili de contaminare sunt foarte numeroși. Ei determină infecții mai mult sau mai puțin grave. Adesea devin rezistenți la tratamente.

Agenții patogeni sau microbii (nume generic dat de Pasteur organismelor unicelulare invizibile cu ochiul liber) sunt:

- bacteriile aerobe și anaerobe din genul cocilor și bacililor;
- ciuperci sau levuri care determină micoze;
- paraziții responsabili de parazitoze;
- virusurile (hepatotrope, neurotrope, etc.);
- prionii.

Sursele de contaminare în spital sunt reprezentate de:

- pacienți;
- personal de îngrijire;
- vizitatori;
- echipamente și suprafețe contaminate, ex. lenjerie de pat, saltele, toalete comune, etc.;
- secreții, excreții, probe de laborator, răni/plăgi;
- materiale utilizate contaminate;
- alimentație.

Pacienții spitalelor sunt mai susceptibili la infecții datorită rezistenței naturale diminuate de boală sau de unele medicamente (imunodepresoare, chimioterapie).

Toaletele comune sau proximitatea altor pacienți măresc riscul infecțiilor încrucișate.

Căi de transmitere

Principalele căi de transmitere a infecțiilor sunt:

- transmiterea interumană, cea mai frecventă este prin intermediul mâinilor;
- calea aeriană, prin tuse, strănut, expectorație (picăturile Flugge), este responsabilă de apariția unui procent de 10% dintre infecțiile nosocomiale. Aerosolii din dispozitivele de curățare sau din seringi pot transporta particule microscopice ale organismelor care se găsesc în suspensie în aer și care pot fi inhalate cu ușurință;

- inoculare cu ace sau soluții contaminate;
- penetrarea organismului cu ocazia sondajelor urinare, intubației oro-traheale, inciziilor operatorii.

1.2. Politici și programe de supraveghere și control a infecțiilor

Pentru a îndruma instituțiile furnizoare de îngrijiri medicale în eforturile lor de a ține sub control infecțiile, în anul 1970 centrele pentru controlul bolilor au publicat un manual care detalia 7 categorii de proceduri de izolare. Recomandările au fost revizuite în anul 1983 cu următoarele scopuri:

- reducerea procedurilor inutile;
- utilizarea procedurilor invazive în unitățile de îngrijire intensivă;
- contracararea răspândirii agenților patogeni rezistenți la tratament.

În anul 1985 centrele pentru controlul bolilor și prevenție au introdus precauțiunile universale prin care se recomandă personalului medical să poarte echipamentul de protecție pentru a reduce posibilitatea contactului direct cu sângele și alte fluide provenite de la pacienți.

În 1996 centrele pentru controlul bolilor și prevenție au introdus precauțiunile standard ca bază a normelor de izolare. Au fost adăugate precizări privind alte 3 căi de contaminare și protocoalele standard, cu scopul prevenirii transmiterii în rândul pacienților, personalului și vizitatorilor.

În prezent în toate spitalele există Departamentul de Supraveghere și Control a Infecțiilor Intraspitalicești care colectează date privind episoadele infecțioase și sănătatea personalului care furnizează informații privind riscurile potențiale. Lunar sau trimestrial fiecare secție raportează, către acest departament, numărul și tipul de infecții intraspitalicești. În funcție de politica spitalului se propun măsuri de audit și de combatere a acestor infecții.

Politicele și procedurile de control a infecțiilor trebuie să fie clare și cunoscute de întregul personal medical. Pentru a ține sub control infecțiile sunt disponibile patru mijloace: decontaminarea, curățenia, dezinfecția și antisepsia.

Decontaminarea, în practica medicală, se adresează exclusiv materialului murdar și se aplică materialelor inerte (suprafețe, instrumente). Are ca scop diminuarea numărului de microorganisme înainte de curățare, protejarea personalului de o contaminare (instrumente de la sala de pansamente sau sala de operații) și evitarea diseminării microorganismelor în mediul înconjurător.

Curățenia este acțiunea care constă în îndepărtarea murdăriei (spălarea podelelor, suprafețelor de lucru, etc.) și precede celelalte operații cu excepția decontaminării (ex: instrumentele murdare se pun în soluție dezinfectantă înainte de a fi spălate/curățate de sânge, secreții, etc.)

Dezinfecția este operația care se aplică pe medii inerte. Dezinfecția este treapta superioară a decontaminării și se aplică numai pe materiale sau suprafețe curate. Nu se dezinfectează decât ceea ce este curat.

Curățenia și dezinfecția pot fi realizate în aceeași operație pe o suprafață, datorită utilizării produselor de curățenie/dezinfecție. Cu toate acestea, dacă dezinfecția înlocuiește sterilizarea unui obiect, ea trebuie, în mod imperativ să se facă în 2 timpi separați (curățire apoi dezinfecție) utilizând produse diferite.

Antisepsia este o metodă de combatere a infecției care se aplică la nivelul țesuturilor vii, eliminând sau distrugând microorganismele prezente în momentul derulării procedurii.

Decontaminarea, curățenia, dezinfecția concură asepsia care reprezintă un ansamblu de măsuri preventive ce împiedică introducerea germeilor patogeni în organism.

Igiena este un ansamblu de principii și practici care vizează ameliorarea sănătății și presupune:

- o stare de spirit;
- luarea la cunoștință (informarea);
- un comportament individual și colectiv;
- o filozofie și o morală;
- un ansamblu de reguli de muncă.

1.3. Ghid de precauții universale

Ordinul ministrului sănătății nr. 916/2006 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare (Anexa nr. 4) definește conceptul de "precauții universale" și stabilește modalitatea de aplicare a acestora.

Conceptul de precauții universale se referă la:

- măsurile care se aplică în vederea prevenirii transmiterii HIV, VHB, VHC și alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, în timpul actului medical;
- sânge, alte fluide biologice și țesuturile tuturor pacienților se consideră a fi potențial infectate cu HIV, VHB, VHC și alți agenți microbieni cu cale de transmitere parenterală (sanguină);
- toți pacienții se consideră potențial infectați cu HIV, VHB, VHC sau cu alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, deoarece cei mai mulți dintre purtătorii de HIV, VHB, VHC și alți agenți microbieni sunt asimptomatici și nu-și cunosc propria stare de portaj

Scopul aplicării precauțiilor universale (PU)

Scopul aplicării precauțiilor universale este prevenirea transmiterii infecțiilor pe cale sanguină la locul de muncă al personalului.

Reguli de bază în aplicarea precauțiilor universale

1. Consideră toți pacienții potențial infectați;
2. Consideră că sângele, alte fluide biologice și țesuturile sunt contaminate cu HIV, HCV, HCV;
3. Consideră că acele și alte obiecte folosite în practica medicală sunt contaminate după utilizare;

Contactul tegumentelor și mucoaselor cu următoarele produse trebuie considerate la risc:

- sânge;
- lichid amniotic, lichid pericardic, lichid peritoneal, lichid pleural, lichid sinovial, lichid cefalorahidian;
- sperma, secreții vaginale;
- orice alte fluide organice vizibil contaminate cu sânge.

Implementarea precauțiilor universale

Se referă la:

1. Utilizarea echipamentului de protecție adecvat, complet, corect;
2. Spălarea mâinilor și a altor părți ale tegumentelor;
3. Prevenirea accidentelor și a altor tipuri de expunere profesională;
4. Personal infectat cu HIV;
5. Evaluarea riscului pe categorii de locuri de muncă și activități prestate de personalul medico-sanitar în funcție de contactul cu sânge și alte lichide biologice.

Recomandări privind utilizarea echipamentelor de protecție

COMPONENTE	RECOMANDĂRI
Halate obișnuite	- în timpul tuturor activităților din unitățile medicale
Șorturi, bluze impermeabile, ochelari de protecție	- completează portul halatelor atunci când se anticipează producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, în secții cu profil chirurgical, servicii de urgență, laboratoare
Mănuși de unică folosință	- intervenții care implică contactul cu regiuni ale corpului în mod normal sterile - abord vascular prin puncție - contactul cu tegumentul pacientului care prezintă soluții de continuitate (plăgi) - manipularea unor materiale potențial contaminate - nesterile, curate - dezobstruări de urgență ale căilor respiratorii
Mănuși reutilizabile	- manipularea de materiale contaminate - curățenie, îndepărtarea de produse biologice contaminate
Mănuși de uz general	- colectare materiale contaminate - curățire și decontaminare instrumental, suprafețe contaminate Mănușile nu sunt un substitut pentru spălarea mâinilor, prin urmare mâinile trebuie spălate după îndepărtarea acestora
Bonete/calote Ochelari de protecție	- activități care presupun contaminare sau stropire cu diferite fluide organice - săli de operație, în timpul manipulării instrumentarului și a materialului textil steril
Măști faciale	- contactul cu pacienți cu meningită virală sau bacteriană, cu TBC pulmonară care sunt BK pozitivi - contactul cu pacienți care tușesc - aspirarea secrețiilor traheo-bronșice pe canula traheală - îngrijirea plăgilor supurate - pregătirea perfuziilor cu chimioterapice - pregătirea vaccinurilor pentru administrare - dizolvarea pulberilor liofilizate Măștile trebuie să fie de tip filtru și să fie bine fixate pe față

1.4. Spălarea mâinilor

Scop

Spălarea mâinilor asigură igiena, protecția și securitatea persoanei și a mediului său, prevenind transmiterea germeilor purtați pe mâini, responsabili de o mare parte dintre infecțiile nosocomiale. Este o sarcină autonomă, asistentul medical este responsabil direct pentru asigurarea ei.

Tipuri de spălare a mâinilor

Lavajul simplu elimină flora tranzitorie formată din enterobacterii, virusuri, levuri, ciuperci mai mult sau mai puțin patogene și care nu se multiplică. Ea se elimină în totalitate după o spălare meticuloasă și contactul cu un antiseptic.

Lavajul igienic sau antiseptic elimină în totalitate flora tranzitorie și diminuează flora comensală sau rezidentă, adică germeni oportuniști care se găsesc în mod natural pe piele (stafilococul auriu de exemplu) care se multiplică anormal, în absența măsurilor de igienă și duc la scăderea rezistenței organismului.

Fricțiunea igienică cu un produs hidro-alcoolic elimină flora tranzitorie și diminuează flora comensală.

Lavajul chirurgical se practică în sălile de operații, sălile de naștere, sălile de pansamente serviciile de urgență.

Indicațiile spălării mâinilor

Lavajul simplu:

- la intrarea și la ieșirea din serviciu;
- înainte și după înlăturarea mănușilor sau a oricărui tip de echipament de protecție;
- după orice gest contaminant;
- după acordarea îngrijirilor igienice de confort sau hoteliere;
- cu ocazia îngrijirilor neinvazive (injecții, recoltare de sânge, punerea unei sonde gastrice, realizarea pansamentului, sondajului urinar, etc.);
- înainte de prepararea și distribuirea alimentelor și a medicamentelor per os;
- după folosirea toaletei.

Lavajul antiseptic

- după îngrijirea unui pacient imunodepresiv sau purtător al unei infecții;
- cu ocazia realizării unei proceduri invazive;
- cu ocazia aplicării măsurilor de izolare septică sau aseptică;
- după două secvențe de îngrijire cu risc de contaminare la același pacient sau între doi pacienți.

Fricțiunea igienică

Soluția hidroalcoolică, sau gelul, sunt utilizate pentru a substitui lavajul antiseptic în cazul mâinilor curate din punct de vedere macroscopic.

Fricțiunea cu soluție hidroalcoolică sau cu gel se aplică pe mâinile care nu prezintă urme vizibile de murdărie sau pulberi. În caz contrar se recurge la spălarea cu apă și săpun.

Lavajul chirurgical

- cu ocazia unor proceduri cu risc înalt de infecții (cateterismul central, puncția lombară, drenajul pleural, etc.);
- pentru intervențiile chirurgicale la blocul operator sau în serviciul de radiologie intervențională;
- în alte servicii de investigare;
- pentru asistarea nașterilor.

Pregătirea materialelor

Lavaj simplu

- chiuvetă/lavabou;
- săpun lichid cu distribuitor;
- prosoape de unică folosință în distribuitor;
- sac pentru deșeuri.

Lavaj antiseptic

- chiuvetă/lavabou;
- săpun lichid antiseptic sau soluție spumoasă antiseptică cu distribuitor;
- prosoape de unică folosință în distribuitor;
- sac pentru deșeuri.

Fricțiunea igienică

- soluție sau gel în distribuitor sau în ambalajul de prezentare.

Lavajul chirurgical

- chiuvetă cu robinete cu senzori;
- apă controlată bacteriologic;
- soluție spumantă antiseptică cu spectru larg (clorhexidină de exemplu);
- periuță sterilă de unică folosință impregnată cu soluție antiseptică spumantă;
- soluție sau gel hidroalcoolic în distribuitor;
- șervețele sterile;
- saci pentru deșeuri;
- pubele cu senzori (neacționate manual).

Realizarea procedurii

Realizarea procedurii Lavajul simplu

- se descoperă mâinile și antebrațele;
- se îndepărtează bijuteriile, ceasurile, se taie scurt unghiile;
- se udă mâinile și articulațiile mâinilor;
- se aplică o doză de săpun;
- se spală fiecare mână prin fricționare;
- se insistă în spațiile interdigitale, în jurul unghiilor, la extremitatea degetelor, la police și la manșetele mâinilor; pentru fiecare din aceste regiuni se execută câte 5 mișcări;
- se spală din abundență fără să lăsăm să curgă săpun pe o zonă deja clătită;
- se usucă prin tamponare cu șervețele de unică folosință fără a reveni asupra unei zone deja uscată;
- se închide robinetul (dacă nu este automatic) cu ultimul șervețel de mâini utilizat;
- se aruncă șervețelele la pubelă fără să atingem pubela cu mâna.

Observații

Nu se șterge chiuveta după spălarea mâinilor, manevra va murdări din nou mâinile.

Se spală mâinile înainte de a îmbrăca mănușile de unică folosință.

Realizarea procedurii Lavajul igienic sau aseptice

- se udă bine mâinile și articulațiile;
- se aplică o doză de săpun antiseptic;
- se spală fiecare mână masând;
- se insistă în spațiile interdigitale, în jurul unghiilor, la extremitatea degetelor de la fiecare mână care se freacă, pe rând în podul palmei opuse executând 5 mișcări;
- se spală pe rând, respectând "regula 5" (cinci mișcări circulare) policele și apoi articulațiile mâinilor;
- se clătește din abundență dinspre vârful degetelor spre articulațiile mâinilor;
- se perie unghiile;
- se mențin palmele orientate în sus pentru a evita orice contaminare;
- se usucă cu grijă, prin tamponare cu șervețele de unică folosință;
- se închide robinetul (dacă nu e automatic) cu ultimul șervețel de mâini utilizat;
- se aruncă șervețelele în pubela cu pedală fără să atingem pubela cu mâna.

Observații

Timpul de spălare: 2-3 minute, fără periere.

Lavajul antiseptic trebuie efectuat corect înainte de realizarea îngrijirii, utilizând sursa de apă cea mai apropiată (unghiile trebuie tăiate scurt, iar pe degete să nu existe inele)

Se execută spălarea antiseptică a mâinilor înainte de a îmbrăca mănușile de unică folosință.

Realizarea procedurii Spălarea igienică a mâinilor prin fricțiune

- se pun aproximativ 2 ml de soluție în scobitura mâinii uscate și se efectuează fricțiunea timp de 30 secunde frecând palmele până la degete apoi insistând în spațiile interdigitale interne și externe;
- se freacă fiecare police în interiorul mâinii închise, apoi extremitățile degetelor împreunate de la fiecare mână în podul palmei opuse.

Realizarea procedurii Lavajul chirurgical

Necesită purtarea unei măști, calote și utilizarea de șervețele sterile pentru uscarea mâinilor.

Se pun în prealabil masca și calota.

Se prepară/pregătește peria impregnată cu soluția spumantă antiseptică. Se efectuează în 3 timpi:

Timpul 1: prespălarea

- se udă mâinile, articulațiile, antebrațele până la coate;
- se aplică o doză de săpun antiseptic și se face spumă din abundență prin masajul efectuat de la extremitatea degetelor până la coate timp de 1 minut;
- se mențin mâinile deasupra coatelor în timpul acestei operații;
- se clătesc din abundență mâinile, articulațiile, antebrațele;

Timpul 2

- se perie unghiile tăiate scurt cu peria sterilă impregnată cu soluție spumantă antiseptică timp de 1 minut;
- se clătesc din abundență mâinile, încheieturile, antebrațele;

Timpul 3

- se ia încă o doză de săpun antiseptic și se masează timp de 1 minut mâinile, încheieturile, antebrațele, apoi se clătesc;
- se usucă, prin tamponare cu șervețele sterile fiecare membru, începând de la degete spre coate și menținând mâinile ridicate.

Observații

După 2 ore este necesară refacerea igienei mâinilor.

Lavajul chirurgical poate fi completat cu fricțiuni chirurgicale cu soluții hidroalcoolice sau iodate.

Complicații și riscuri

- Dermatite determinate de utilizarea produselor antiseptice: săpun lichid blând (doux), săpun lichid antiseptic, soluție spumantă antiseptică; în acest caz, este recomandat să se reducă sau să se întrerupă utilizarea produsului respectiv și să se aplice o cremă

hidratantă după fiecare spălare a mâinilor.

- Formarea unei pelicule uleioase, lipicioase prin utilizarea repetată a soluțiilor/gelurilor hidroalcoolice; se recomandă spălarea cu apă din abundență a mâinilor.

- Uscarea și iritarea pielii prin îndepărtarea grăsimii naturale a tegumentului; se recomandă clătirea cu apă din abundență și aplicarea, după uscare, a unei creme emoliente de mâini care să nu deterioreze mănușile de cauciuc în cazul în care acestea trebuie purtate.

1.5. Precauții de prevenire a infecțiilor transmise pe cale aeriană

Indicații

Afecțiunile care necesită astfel de precauții sunt:

- varicela;
- zona zooster diseminat;
- zona zooster localizat la pacienții imunodepresivi;
- rubeolă;
- tuberculoză;
- pacienți traheostomizați.

Linii directoare

Aceste precauții, alături de precauțiile standard, previn răspândirea agenților patogeni ce se transmit pe calea aerului, prin stănut, tuse, vorbit, respirație.

Aceste precauții necesită, efectiv, o cameră cu presiune negativă, cu ușă închisă, pentru a menține o presiune adecvată a aerului între camera de izolare și hol.

Presiunea negativă a aerului din camera de izolare, trebuie monitorizată iar aerul trebuie dirijat în exteriorul clădirii sau filtrat înainte de reciclare.

Protecția respiratorie trebuie utilizată de către toate persoanele care intră în cameră (sunt ideale șaparetele care folosesc filtru de aer).

Pacientul va purta în afara camerei (atunci când va trebui s-o părăsească pentru efectuarea unor proceduri) mască chirurgicală așezată peste gură și nas.

Pregătirea materialelor

Se vor pregăti toate materialele necesare respectării precauțiilor de prevenire a infecțiilor transmise pe cale aeriană pe un cărucior, în anticameră.

Aceste materiale sunt:

- cartelă pentru ușa camerei de izolare;
- măști chirurgicale;
- halate, mănuși de unică folosință;
- materiale pentru igiena mâinilor.

Efectuarea procedurii

- se plasează pacientul/pacienții (maxim 2 pacienți) într-o cameră cu presiune negativă, cu ușa închisă prevăzută cu anticameră sau hol;

- se vor explica precauțiile de izolare pacientului și a familiei acestuia;

- se vor menține închise tot timpul atât ușa camerei cât și ușa antecamerei pentru a menține presiunea negativă a aerului și pentru a nu răspândi agenții patogeni din aer;

- se vor afișa pe ușa camerei precauțiile specifice prevenirii transmiterii infecțiilor pe cale aeriană pentru a fi citite de orice persoană care intră în camera de izolare;

- se instruește pacientul să-și acopere nasul și gura cu șervețel de hârtie atunci când tușește sau strănută;

- se plasează un recipient (sac) pe una din lateralele patului pentru ca pacientul să colecteze materialele folosite (șervețele, comprese);

- se limitează mobilizarea pacientului în afara camerei;

- dacă trebuie să părăsească camera pentru diverse proceduri, pacientul va purta o mască chirurgicală iar serviciul de investigații/tratament va fi anunțat despre precauțiile de izolare stabilite pentru ca acestea să fie menținute și acolo și pentru ca pacientul să fie adus în camera de izolare cât mai repede posibil.

1.6. Precauții de prevenire a infecțiilor transmise prin picăturile Flugge

Indicații

Bolile care necesită astfel de precauții sunt:

- Pneumonia cu hemophilus influenzae de tip b;
- Difteria;
- Faringita streptococică;
- Pneumoniile bacteriene;
- Scarlatina la copiii mici;
- Parotidita epidemică;
- Infecția cu adenovirusuri la copii.

Linii directoare

- precauțiile, în aceste cazuri, nu necesită în mod obligatoriu camere de izolare cu presiune negativă și cu sistem de închidere automată a ușii;

- respectarea acestor precauții previne răspândirea infecțiilor ce se transmit prin picăturile lui Pflugge (stropi de salivă răspândiți în aer prin tuse, strănut, vorbit); aceste picături, încărcate cu germeni patogeni, cad pe podea și se usucă, transformându-se în praful bacterian care este apoi inhalat;

- materialele necesare aplicării acestor precauții vor fi păstrate pe un cărucior în afara camerei de izolare.

Efectuarea procedurii

- pacientul va fi plasat într-o cameră prevăzută cu toaletă complet utilată;

- pacientul poate împărți camera cu un alt bolnav care are aceeași afecțiune;

- se vor explica pacientului/familiei procedurile de izolare;

- se vor afișa precauțiile de izolare pe ușa camerei pentru a informa, în prealabil, pe oricine intră în cameră;

- se vor spăla mâinile înainte și după ieșirea din camera de izolare cât și pe parcursul intervențiilor asupra pacientului;

- se va fixa masca pe față, prinzând-o numai de șireturi în timpul manipulării;

- se instruește pacientul să utilizeze șervețele de hârtie, comprese pentru a-și acoperi gura și nasul atunci când tușește, strănută și să le colecteze în recipientul de la pat;

- vizitatorii vor fi instruiți să poarte halate și măști pe care le vor procura din automatul cu echipamente de protecție și să păstreze distanța de cel puțin un metru față de pacient;

- dacă pacientul trebuie să părăsească camera pentru investigații, va purta o mască facială bine fixată pe gură și nas iar serviciul respectiv va fi înștiințat despre precauțiunile de izolare stabilite.

1.7. Precauții de prevenire a infecțiilor transmise prin contact direct cu secrețiile sau obiectele contaminate

Pregătirea materialelor

Se vor pregăti materialele necesare aplicării precauțiilor de contact pe un cărucior în afara camerei de izolare.

Aceste materiale sunt:

- halate, măști chirurgicale;

- mănuși de unică folosință;

- afișaj pentru camera de izolare;

- etichete;

- saci sau pungi de plastic.

Efectuarea procedurii

- se vor explica pacientului/familiei procedurile de izolare;

- se vor afișa pe ușă aceste precauții pentru informare;

- se vor spăla mâinile înainte și după ieșirea din cameră, și după îndepărtarea mănușilor;

- probele biologice recoltate vor fi plasate în cutii impermeabile, etichetate corect și se vor trimite imediat la laborator;

- se vor atașa pe partea externă a cutiilor instrucțiuni de manevrare prudentă;

- vizitatorii vor fi instruiți să poarte mănuși și halate pe tot parcursul vizitei și să-și spele mâinile după îndepărtarea echipamentului de protecție;

- toate obiectele care au venit în contact cu pacientul vor fi plasate într-o singură pungă impermeabilă și se vor lua măsurile necesare pentru îndepărtarea sau pentru dezinfectarea și sterilizarea lor;

- se vor utiliza materiale separate pentru fiecare pacient în parte (termometre, tensiometre, stetoscoape) pentru a reduce riscul transmiterii infecției încrucișate;

- se limitează mobilizarea pacientului în afara camerei;

- în cazul deplasării pacientului la diferite servicii de investigații și tratament, se vor acoperi steril rănile dacă există, iar serviciile respective vor fi informate despre precauțiile de prevenire stabilite;

- se vor schimba mănușile după fiecare procedură efectuată pacientului și se vor spăla mâinile după îndepărtarea fiecărui rând de mănuși.

1.8. Precauții de prevenire a infecțiilor la pacienți cu neutropenie

Indicații

Aceste precauții sunt indicate pentru protecția pacienților cu:

- Sindromul Imunodeficienței Dobândite;

- arsuri întinse;

- dermatite;

- boli infecțioase cu erupție veziculară;

- leucemii, limfoame;

- boala Hodgkin;

- tratamente imunosupresoare.

Linii directe

Aplicarea acestor precauții variază de la un spital la altul, fiind influențate și de gradul de rezistență a organismului pacientului;

Aceste precauții particularizate în funcție de patologia pacientului sunt:

- plasarea pacientului singur într-o cameră de izolare cu presiune pozitivă pentru a forța particulele aflate în suspensie să se depună sau să fie scoase afară din cameră;

- limitarea traficului în camera de izolare;
- purtarea halatelor de protecție, măștilor și mănușilor de către personalul de îngrijire și de către toți vizitatorii;
- utilizarea de lenjerie sterilă și de echipament complet de protecție în cazul îngrijirii pacientului care a suferit un transplant de organ;
- spălarea mâinilor în mai multe etape pentru decontaminare;
- trierea epidemiologică prin controale riguroase (exudat rinofaringian, examen coproparazitologic, radiografie pulmonară) a persoanelor care îngrijesc pacientul, pentru a fi identificați purtătorii sănătoși;
- evitarea procedurilor invazive la pacienții cu neutropenie întrucât acestea prezintă un risc crescut pentru pacientul cu imunitate scăzută;
- personalul de curățenie va fi instruit să-și pună halate, măști și mănuși înainte să intre în camera de izolare.

Pregătirea materialelor

Materialele necesare vor fi păstrate în anticameră pe un cărucior special.

Aceste materiale sunt:

- halate protectoare;
- mănuși de unică folosință;
- măști faciale;
- acoperitori pentru încălțăminte;
- bonete.

Efectuarea procedurii

- se plasează pacientul singur într-o cameră;
- se explică pacientului/familiei precauțiunile de izolare pentru a-i diminua anxietatea și a-i stimula cooperarea cu echipa de îngrijire;
- se vor afișa instrucțiunile pe ușa camerei;
- se vor spăla mâinile cu un agent antiseptic înainte și după îndepărtarea mănușilor cât și pe parcursul acordării îngrijirilor;
- se vor purta halatele de protecție și mănușile conform precauțiunilor standard;
- vor fi interzise vizitele persoanelor cunoscute ca fiind bolnave sau infectate;
- deoarece pacientul nu are o boală contagioasă, materialele sau obiectele care părăsesc camera de izolare nu necesită precauțiuni speciale în afara celor standard.

1.9. Utilizarea echipamentului de izolare

Scop

- prevenirea transmiterii infecțiilor de la persoana infectată la alți pacienți sau de la membrii personalului de îngrijire la pacienți;
- reducerea riscului infectării pacienților cu imunitate scăzută.

Pregătirea materialelor

- se alege echipamentul izolator în funcție de scop;
- toate componentele echipamentului de protecție (halat lung cu mâneci lungi, cu șireturi sau fermoar, mănuși, măști, ochelari de protecție, bonete) se selectează de pe căruciorul cu materiale în funcție de procedura care urmează;
- se pregătește zona de lucru cu etichete, benzi izolatoare, saci de lucru special marcați, saci de plastic pentru depozitarea materialelor folosite.

Efectuarea procedurii de îmbrăcare

- se spală mâinile cu un agent de curățare antiseptic pentru a preveni dezvoltarea microorganismelor în interiorul mănușilor;
- se îmbracă halatul și se înfășoară de jurul împrejurul corpului peste uniforma obișnuită pe care trebuie să o acopere complet;
- se leagă bine șireturile sau se trage fermoarul și apoi se leagă bridele halatului în jurul gâtului;
- se așează masca confortabil peste nas și gură și se leagă șireturile măștii în regiunea occipitală, suficient de sus ca să nu alunece;
- dacă sunt necesari ochelari de protecție, masca se va așeza sub marginea de jos a ochelarilor;
- mănușile se vor pune astfel încât să acopere marginile mâneșilor halatului de protecție.

Îndepărtarea echipamentului de protecție

- se ține seama de faptul că părțile externe ale echipamentului de protecție sunt contaminate;
- cu mâna dominantă înmănușată se îndepărtează mănușa de pe mâna nedominantă rulând în exterior manșeta acesteia;
- se îndepărtează și mănușa de pe mâna dominantă introducând unul sau două degete prin interiorul mănușii și îndepărtând-o cu partea internă în afară;
- în timpul îndepărtării mănușilor nu se va atinge pielea cu partea externă a acestora;
- se aruncă mănușile în sacul special pentru echipamente contaminate;
- se dezleagă masca ținând-o numai de șireturi și se depozitează, de asemenea, în sacul pentru echipamente contaminate;
- dacă pacientul are o boală ce se răspândește pe calea aerului, masca se va îndepărta ultima;
- se dezleagă halatul din jurul gâtului;
- se prinde halatul de partea externă dintre umeri și se trage de pe mâneci întorcându-l pe dos pe măsură ce este scos de pe corp, pentru a evita contaminarea;
- se ține halatul protector cât mai departe de uniformă, se împăturește pe dos și se depozitează în recipientul pentru echipamente contaminate;

- se spală mâinile și antebrațele cu săpun și agent antiseptic înainte de a ieși din cameră (dacă chiuveta se află în camera pacientului);
- se închide robinetul (dacă nu este automat) folosind un prosop de hârtie ce se aruncă în sacul pentru deșeuri;
- se acționează clanța ușii, pentru a o deschide, folosind un alt prosop de hârtie curat;
- se va închide ușa camerei, pe dinafară, cu mâna neprotejată;
- dacă chiuveta este în antecameră, se vor spăla mâinile și antebrațele cu săpun și agent antiseptic după părăsirea camerei de izolare;
- după fiecare procedură, căruciorul de lucru va fi curățat, dezinfectat și dotat cu materialele necesare unei alte proceduri;
- camera de izolare va fi complet curățată și dezinfectată după externarea pacientului:

PARTEA II INTERVENȚII AUTONOME

Capitolul 2 IGIENA ȘI CONFORTUL PACIENTULUI

2.1. Schimbarea lenjeriei de pat fără pacient

Scop

- asigurarea igienei și confortului pacientului;
- îndepărtarea lenjeriei murdare/folosite sau pătată cu sânge, secreții, dejecții.

Material necesar

- lenjerie curată;
- sac pentru colectarea lenjeriei murdare;
- mănuși de cauciuc (pentru lenjeria pătată cu dejecții).

Efectuarea procedurii

- se strânge lenjeria murdară în sacul de colectare;
- se spală mâinile, se pun mănuși;
- se întinde cearceaful de pat foarte bine pentru a nu rămâne cute și se fixează la colțurile saltelei în formă de plic. Dacă cearceaful nu are dimensiuni corespunzătoare fixarea se face la partea dinspre picioarele pacientului;
- se schimbă fața de pernă și cearceaful plic.

Încheierea procedurii

- se îndepartează lenjeria murdară, se depozitează în saci speciali;
- se îndepartează mănușile de cauciuc;
- se spală mâinile.

2.2. Schimbarea lenjeriei de pat cu pacientul imobilizat

Schimbarea lenjeriei se va efectua întotdeauna după toaleta pacientului. La schimbarea lenjeriei trebuie să participe două persoane iar alegerea metodei de schimbare a lenjeriei de pat, se face în funcție de poziția în care poate fi așezat pacientul (limitele sale de mobilizare).

Scop

- asigurarea igienei și confortului pacientului;
- evitarea complicațiilor la pacientul imobilizat.

Material necesar

- lenjerie curată;
- sac pentru colectarea lenjeriei murdare;
- mănuși de unică folosință.

Efectuarea procedurii:

Este în funcție de starea pacientului și de posibilitatea de a fi mișcat.

Asistentul medical stabilește metoda după culegerea datelor referitoare la capacitatea pacientului de a se ridica sau nu în poziția șezând.

Pentru realizarea schimbării lenjeriei este nevoie de ajutor.

a) La pacientul care se poate ridica:

Cearceaful de pat se rulează pe dimensiunea mică.

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși;
- pacientul rămâne acoperit cu cearceaful folosit sau cu alt pled;
- se degajă cearceaful murdar de sub saltea;
- se ridică pacientul în poziția șezând fiind susținut cu câte o mână de cele două persoane care realizează procedura următoare:
- cu cealaltă mână se rulează cearceaful murdar și se derulează cu grijă cel curat până aproape de pacient;

- se schimbă fața de pernă, se așează perna pe pat;
- pacientul este culcat în decubit dorsal și este rugat dacă poate, sau este ajutat să-și ridice regiunea fesieră;
- se continuă rularea cearceafului murdar spre picioarele pacientului și derularea celui curat;
- se ridică apoi membrele inferioare continuând rularea și derularea;
- cearceaful murdar se introduce în sac, cearceaful curat se întinde bine și se fixează la colțuri.

b) La pacientul care rămâne în decubit

Cearceaful de pat se rulează pe dimensiunea mare.

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși;
- cearceaful plic se schimbă și împreună cu pledul se împachetează în armonică;
- se degajă cearceaful murdar de sub saltea;
- se întoarce pacientul în decubit lateral și se trage perna spre marginea patului;
- cearceaful murdar se rulează până lângă pacient;
- cearceaful curat așezat de-a lungul patului se derulează până aproape de cel murdar;
- pacientul de întoarce în decubit dorsal apoi în decubit lateral pe partea opusă;
- se continuă derularea cearceafului murdar și derularea celui curat;
- cearceaful murdar se pune în sacul colector;
- pacientul este readus în decubit dorsal;
- cearceaful curat se întinde și se fixează.

Schimbarea cearceafului plic (cu pătura în interior)

- este nevoie de participarea a două persoane;
- se așează cearceaful cu pătura (împăturit în armonică) deasupra pacientului astfel încât marginea liberă de dedesubt să fie sub bărbia pacientului, iar cea de deasupra spre picioarele pacientului;
- cele două persoane se poziționează de o parte și de alta a patului, prind colțul cearceafului curat cu mâna dinspre capul pacientului, și cu cealaltă mână colțul cearceafului murdar;
- cu o mișcare rapidă se întinde cearceaful curat și se îndepărtează cel murdar.

Încheierea procedurii

- lenjeria murdară se colectează în saci;
- se îndepărtează mănușile, se spală mâinile.

Observații

Aleza și mușamaua pot fi schimbate după aceleași metode ținând cont de posibilitatea de schimbare a poziției pacientului.

2.3. Schimbarea lenjeriei de corp a pacientului imobilizat la pat

Scop

- menținerea stării de igienă și confort;
- menținerea/creșterea demnității pacientului;
- prevenirea escarelor de decubit.

Procedura ține seamă de tipul de îmbrăcăminte (pijama, cămașă de noapte) și de starea pacientului. Se obțin informații despre posibilitățile de imobilizare.

Schimbarea pijamalei

- se explică pacientului cum poate colabora și se apreciază în același timp resursele acestuia;
- se spală mâinile, se îmbracă mănuși.

Dezbrăcarea bluzei murdare și îmbracarea celei curate

- se descheie nasturii;
- se ridică pacientul în poziția șezând și se îndepărtează bluza murdară;
- se rulează pe rând fiecare mânecă a bluzei curate și se îmbracă fiecare membru superior;
- pacientul este așezat în decubit, se întinde bluza și se încheie nasturii;
- dacă pacientul nu se poate ridica, se întoarce în decubit lateral, se dezbracă și se îmbracă partea accesibilă după care pacientul se întoarce pe cealaltă parte și se procedează la fel rulând pe rând mânecile bluzei;
- la sfârșit, pacientul este adus în decubit dorsal, se întinde bluza și se încheie nasturii.

Îmbrăcarea și dezbrăcarea pantalonilor

- se menajează pudora pacientului;
- se ridică regiunea lombosacrală, se trag pantalonii jos;
- se ridică membrele inferioare și se continuă dezbrăcarea;
- se rulează pantalonii curați și se îmbracă pe rând fiecare membru inferior, după care se ridică regiunea fesieră și se trag în sus spre mijloc.

Observații

În toate cazurile descrise

- se verifică punctele de sprijin și se anunță orice modificare premergătoare escarelor;
- se pudrează cu talc punctele de sprijin;
- se verifică dacă la terminarea procedurii, lenjeria este bine întinsă și dacă pacientul exprimă stare de confort.

Schimbarea cămășii de noapte

Se apreciază capacitatea pacientei de a participa la efectuarea procedurii.

Dacă pacienta se poate ridica în poziție șezând se procedează astfel:

- se ridică întâi regiunea fesieră și se trage ușor cămașa murdară;
- se strânge (rulează) cămașa murdară de la spate și se trece peste cap dezbrăcând membrele superioare;
- se rulează fiecare mânecă a cămașii curate și se îmbracă fiecare membru superior după care cămașa este trecută peste cap și întinsă până aproape de șezutul pacientei;
- se așează în decubit, se ridică regiunea fesieră și se întinde bine cămașa.

Dacă pacienta nu se poate ridica:

Pentru dezbrăcare

- se întoarce pacienta pe o parte și pe alta, strângând de fiecare dată cămașa până aproape de axilă;
- pacienta în decubit dorsal se ridică ușor și se trage cămașa peste cap;

Pentru îmbrăcare

- se rulează cămașa de la poale, se ridică ușor capul și se trece cămașa peste cap;
- se rulează fiecare mânecă și se îmbracă pe rând membrele superioare;
- se întoarce apoi pacienta pe o parte și pe alta întinzând cu grijă cămașa;
- se întinde bine cămașa;
- se întinde și se fixează cearceaful.

Observații

La schimbarea lenjeriei de corp și pat se ține cont de constrângerile fizice: leziuni ale membrelor, aparate gipsate, perfuzii montate.

Partea vătămată se dezbracă ultima și se îmbracă prima.

Asistentul medical trebuie să fie prezent la schimbarea lenjeriei pacientului cu perfuzii sau la care prin planul terapeutic mișcarea este limitată/interzisă.

La pacientul inconștient este de preferat ca partea inferioară a corpului să nu fie îmbrăcată.

Dacă pacientul prezintă dureri la mobilizare sau după proceduri se poate administra calmant.

2.4. Toaleta pacientului imobilizat la pat

Se realizează intervenții pentru igiena zilnică și după caz baia pe regiuni corporale.

Scop

- menținerea igienei tegumentului;
- menținerea stării de confort a pacientului;
- prevenirea leziunilor cutanate;
- activarea circulației.

Principii generale

- se apreciază prin culegerea datelor, starea pacientului pentru a evalua resursele, de ce/cât/ce fel de ajutor are nevoie, limitele în care poate fi mobilizat;
- se asigură intimitatea, se respectă pudoarea pacientului;
- se asigură temperatura corespunzătoare mediului ambiant pentru a nu crea disconfort;
- materialele se pregătesc și se aleg în funcție de procedură și sunt așezate în apropiere;
- se respectă o anumită ordine a spălării regiunilor astfel încât să permită descoperirea, spălarea și acoperirea zonei fără să creeze disconfort;
- după efectuarea îngrijirilor igienice corporale și schimbarea lenjeriei, pacientul va fi așezat într-o poziție cât mai comodă;
- fiecare zonă se umezește, se săpunește, se clătește și se șterge, după care se învelește;
- se lucrează cu blândețe și atenție dacă pacientul are constrângeri fizice (aparat gipsat, pansament, perfuzie).

Materiale necesare

Materialele se pregătesc în funcție de scop de tipul de îngrijire: baia la pat, toaleta și îngrijirea unei regiuni.

Pentru toaleta completă la pat se pregătesc:

- materiale pentru protecție: mușama, aleză, cearșaf, prosop de baie;
- materiale pentru spălat: cană cu apă caldă și rece, lighean, trei mănuși de toaleta de culori diferite, 3 prosoape de culori diferite, forfecuță și pilă pentru unghii, piepten, alcool, săpun neutru, mănuși de unică folosință, alcool mentolat, talc;
- materiale pentru toaleta cavității bucale: periuță, pastă, pahar;
- materiale pentru toaleta organelor genitale: ploscă, pense, post-tampon, tampoane;
- lenjerie curată de corp și pat;
- sac pentru lenjeria murdară.

Ordinea spălării

- fața și gâtul;
- partea anterioară a toracelui, membrele superioare, abdomenul, partea posterioară a toracelui și regiunea fesieră, membrele inferioare organele genitale;

Mănușile de baie și cele 3 prosoape de culori diferite, se schimbă astfel: primul pentru față și gât, al doilea pentru trunchi și membre, al treilea pentru organele genitale.

Pregătirea pacientului

- se discută cu pacientul și se 'împart sarcinile' stabilind contribuția acestuia;
- se stabilește orarul efectuării toaletei în funcție de activitatea din secție (servirea mesei, investigații, orarul tratamentului).

Efectuarea procedurii

Se dezbracă pe rând fiecare regiune și se insistă în anumite zone după cum urmează:

- la față și gât: se începe cu ochii, se insistă cu mișcări circulare în zona periorală și perinazală, se insistă la ureche în cute și regiunea retroauriculară;
- se schimbă mănușa;
- pe partea anterioară a toracelui se insistă în axile, la femei în pliurile submamare;
- la membrele superioare, spălarea se face cu mișcări lungi și circulare începând de la articulația pumnului spre umăr pentru a stimula circulația de întoarcere. Se insistă la spațiile interdigitale și se taie unghiile;
- la nivelul abdomenului se insistă la nivelul pliurilor inghinale unde apar ușor iritații, la nivelul ombilicului care poate fi murdar;
- pe partea posterioară, cu pacientul așezat în decubit lateral, se insistă în plica interfesieră;
- se controlează punctele de sprijin, se fricționează ușor cu alcool mentolat și se pudrează cu talc;
- se readuce pacientul în decubit dorsal și se continuă cu spălarea membrilor inferioare insistând la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea plicii inghinale, în regiunea tendonului lui Ahile și călcâiului; picioarele se introduc într-un lighean cu apă pentru a tăia mai ușor unghiile;
- toaleta organelor genitale se face cu pacientul în poziție ginecologică folosind pense posttampon sau mănuși de unică folosință. Direcția de spălare este dinspre partea anterioară spre cea posterioară. Pacientul se poate spăla singur dacă starea îi permite fiind instruit cum să procedeze corect. La sfârșit pacientul este ridicat în poziție șezând (dacă se poate) sau întors în decubit lateral pentru igiena gurii. Îngrijirea se încheie cu pieptanarea părului.

Îngrijirea ochilor

Scop

- prevenirea infecțiilor și îndepărtarea secrețiilor;
- menținerea ochiului umed la pacientul cu paralizie, în exoftalmie.

Materiale necesare

- ser fiziologic, soluție de acid boric;
- soluție de vitamina A;
- sticlă cu picurator;
- lacrimi artificiale, unguent oftalmic recomandat de medic;
- comprese sterile;
- mănuși sterile;
- tăviță renală;
- prosop, material impermeabil.

Pregătirea pacientului

Pacientul poate fi colaborant, conștient sau comatos.

Pacientul conștient se informează și i se explică derularea procedurii.

Îngrijirea se poate realiza în cadrul toaletei zilnice sau, după caz, independent.

Pacientul se așează în decubit cu capul ușor întors spre ochiul care va fi primul spălat.

Efectuarea procedurii

- se spală mâinile;
- se îmbracă mănuși sterile;
- se îndepartează secrețiile sau crustele ștergând ușor de la comisura externă spre cea internă folosind un tampon steril îmbibat în ser fiziologic;
- pentru fiecare ștergere se folosește un tampon nou;
- manevrele se repetă pentru celălalt ochi;
- se instilează lacrimi artificiale sau se aplică unguent oftalmic.

În cazul pacientului comatos

- se urmează aceiași pași, asistentul medical deschizând pleoapele și aplicând pe fiecare ochi câte o compresă sterilă;
- se instilează în sacul conjunctival câte o picătură de vitamina A de două ori pe zi;
- lipsa clipirii impune instilarea lacrimilor artificiale.

În cazul pacientului cu boala BASEDOW se recomandă:

- purtarea ochelarilor fumurii pentru reducerea intensității luminii, protecția împotriva vântului și a curenților, permite camuflarea exoftalmiei;
- pacientul este sfătuit să doarmă cu capul mai sus (două perne) ceea ce permite reducerea edemului palpebral;
- pentru menținerea umidității corneei se aplică comprese îmbibate în ser fiziologic.

Îngrijirea mucoasei nazale

Scop/indicații

- menținerea permeabilității căilor respiratorii superioare;
- prevenirea leziunilor în infecții nazale, leziuni de presiune determinate de sondă pentru oxigen, pentru evacuarea sucului gastric sau pentru alimentație.

Materiale necesare

- tampon sterile;
- ser fiziologic;
- vaselină;
- apă oxigenată diluată;
- tăviță renală;
- mănuși de cauciuc.

Pregătirea pacientului

- se informează pacientul;
- se explică modul de derulare a procedurii;
- este așezat în decubit sau pe scaun, cu capul deflecat și ușor întors într-o parte.

Efectuarea procedurii

- se curăță fosele nazale cu tampon umezite cu ser fiziologic, se îndepărtează crustele;
- pentru fiecare nară se folosește de fiecare dată alt tampon;
- crustele se pot îndepărta prin lubrefiere cu vaselină;
- dacă sonda este montată se procedează astfel:
 - se dezlipiște plasturele de pe nas și față;
 - se retrage sonda 5-6 cm și se curăță urmele de bandă adezivă;
 - se schimbă poziția sondei și se fixează din nou;
 - când sonda se schimbă, se repune după o pauză de 6-8 ore.

Îngrijirea urechilor

Scop

- menținerea stării de igienă a conductului auditiv extern;
- îndepărtarea depozitelor de cerumen sau a celor patologice;
- aplicarea unor tratamente.

Materiale necesare

- tampon cu vată;
- taviță renală;
- soluție de bicarbonat de sodiu;
- mănuși de baie;
- prosop.

Pregătirea pacientului

- se informează și este rugat să colaboreze;
- se culeg date în legătură cu eventualele tratamente locale care trebuie aplicate.

Efectuarea procedurii

- se curăță conductul auditiv extern cu un tampon uscat, efectuând cu blândețe mișcări de rotație;
- se observă eventualele iritații sau secreții;
- se curăță pavilionul urechii cu mănușa de bumbac;
- la sfârșit dacă pacientul agreează, se pune un tampon de vată;
- dacă pacientul are indicație de tratament acesta se efectuează conform recomandărilor.

Îngrijirea cavității bucale

La pacientul conștient

Scop

- evaluarea stării de sănătate orală;
- îndepărtarea gustului și mirosului neplăcut al cavității bucale;
- promovarea confortului.

Materiale necesare

- periuță de dinți personală;
- pastă de dinți;
- pahar cu apă pentru spălare;
- pahar de apă pentru proteză;
- tăviță renală pentru colectare apă;
- ață dentară;
- șervețele de hârtie, prosop, mușama;
- apă de gură;
- tampon, prosoape;
- tavă pentru materiale.

Pregătirea pacientului

- se informează pacientul;
- se apreciază resursele fizice pentru a stabili modul de colaborare;

- se așează într-o poziție adecvată stării generale:
 - șezând cu un prosop în jurul gâtului;
 - decubit lateral cu capul ușor ridicat sprijinit pe o pernă protejată cu prosop.

Efectuarea procedurii

- se dă pacientului periuța, pasta și paharul cu apă;
- se susține tăvița renală sub bărbia pacientului sau aproape de fața acestuia;
- se sfătuiește pacientul să perie suprafața externă a dinților începând din partea stângă apoi la centru și apoi partea dreaptă;
- se perie apoi suprafața coroanelor și suprafața internă a dinților;
- perierea se face în sens vertical 2-3 minute;
- se invită pacientul să-și clătească cu multă apă și la sfârșit cu apă de gură;
- dacă pacientul este în decubit se oferă o cană cu cioc sau un tub de sucțiune.

La pacientul comatos

Se evaluează starea acestuia, se apreciază dacă are reflex de deglutiție.

Materiale necesare

- periuță personală;
- pastă de dinți;
- prosop;
- tampoane pe porttampon;
- deschizător de gură;
- comprese de tifon sterile;
- apă de gură, glicerină boraxată 2%, glicerină cu stamicin;
- spatulă linguală;
- taviță renală;
- mănuși de unică folosință;
- vaselină pentru buze;
- seringi pentru aspirarea lichidului.

Pregătirea pacientului

- se așează pacientul în decubit lateral, toracele ușor ridicat; dacă nu este posibil se întoarce capul într-o parte.

Efectuarea procedurii

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși;
- se protejează perna cu un prosop și se așează alături tăvița renală și siringa pentru aspirație;
- se fixează maxilarele cu ajutorul deschizătorului de gură;
- se perie suprafața externă a dinților folosind o cantitate mică de pastă;
- se aspiră lichidul cu siringa;
- se folosește o spatulă linguală și tampoane pentru îndepărtarea obrajilor și buzelor în vederea curățării mucoase bucale;
- se curăță suprafața internă a dinților folosind tampoane cu glicerină boraxată sau cu glicerină cu stamicin dacă există candida;
- se observă foarte bine aspectul gingiilor, dinților și limbii;
- se stabilesc îngrijiri ulterioare în funcție de constatări.

Observații

Dacă pacientul nu are reflex de deglutiție se renunță la pastă și periuță existând risc de aspirație pe căile respiratorii.

Îngrijirea protezei

Scop

- Menținerea igienei protezei și a cavității bucale.

Materiale necesare

- pahar mat;
- periuță;
- pastă de dinți;
- mănuși de unică folosință.

Efectuarea procedurii

- pacientul conștient este rugat să-și scoată proteza să o curețe și să o pună într-un pahar propriu, mat, netransparent;
- la pacientul inconștient îngrijirea se face de către altă persoană:
 - se îmbracă mănușile de unică folosință;
 - se prinde proteza cu o compresă de tifon și se îndepărtează;
 - se spală proteza cu periuța și pasta pacientului;
 - se pune proteza într-un pahar curat, mat;
 - se redă proteza pacientului când își recapătă starea de conștiență;
 - înainte de montarea protezei se clătește gura cu apă curată.

Îngrijirea părului

Scop

- menținerea igienei

- menținerea stării de bine a pacientului
- păstrarea demnității pacientului

a) Îngrijirea zilnică prin pieptănare

Materiale necesare:

- pieptene/perie;
- pânză sau prosop pentru protecție.

Efectuarea procedurii

- se face de către pacient, dacă poate sau de către altă persoană;
- părul se împarte în şuvițe și se pieptăne de la vârf spre rădăcină;
- părul lung se împletește (recomandare);

b) Spălarea părului

Se poate face în mai multe moduri:

- în pat - spatele pacientului fiind sprijinit de salteaua rulată, ligheanul sprijinit pe somieră;
- în pat - pacientul fiind orientat spre marginea patului, în decubit dorsal orientat oblic
- pe scaun - două scaune cu spătar puse cu spătarele apropiate, pe unul stă pacientul pe celălalt se sprijină ligheanul;
- pe scaun lângă lavoar - cu fața sau cu spatele în funcție de starea generală a pacientului.

Materiale necesare

- lighean, găleată pentru colectarea apei folosite;
- vas cu apă caldă;
- termometru de baie;
- săpun lichid șampon;
- mușama și aleză;
- prosoape;
- uscător de păr;
- perie, pieptăn;
- paravan;
- mănuși de unică folosință.

Pregătirea pacientului

- se evaluează starea pacientului pentru a se stabili modul potrivit;
- se informează pacientul privind manevrele ce se vor face.

Efectuarea procedurii

Cu pacientul în poziție șezând, pe scaun sau la lavoar

- se protejează lenjeria pacientului cu material impermeabil;
- părul se umezește, se șamponează;
- se masează ușor pielea capului cu pulpa degetelor;
- părul se clătește/limpezește până la îndepărtarea totală a șamponului;
- se acoperă capul cu un prosop uscat, cald;
- părul se usucă cu uscătorul.

Cu pacientul în pat

- se protejează patul cu material impermeabil;
- capătul liber al mușamalei se rulează din ambele părți și se introduce în lighean sau găleată
- mușama se acoperă cu aleză;
- părul se umezește, se șamponează;
- se masează ușor pielea capului cu pulpa degetelor;
- părul se clătește/limpezește până la îndepărtarea totală a șamponului;
- se acoperă capul cu un prosop uscat, cald;
- părul se usucă cu uscătorul.

2.5. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, dinamic

Scop

- asigurarea confortului pacientului;
- prevenirea complicațiilor favorizate de imobilizare (escare, tromboze, încetinirea tranzitului).

Materiale necesare

- perne;
- suluri din pătură, din alte materiale textile;
- sprijinitor pentru picioare, saci de nisip.

Pregătirea pacientului

- se informează pacientul;
- se evaluează resursele pacientului și capacitatea acestuia de a participa la procedură.

Efectuarea procedurii

Se realizează de 1-2 persoane, una având rol de coordonator.

a) Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral

- persoana care face schimbarea se așează de partea patului spre care se întoarce pacientul;
- se pliază pătura spre partea opusă pentru a realiza un sul de sprijinire;
- se prinde umărul pacientului, se ridică și se sprijină cu pătura;
- se sprijină apoi toracele pacientului cu o mână, și cu mâna dinspre picioarele acestuia se rotează bazinul și membrele inferioare;
- membrul inferior de deasupra se flectează, cel de dedesubt rămâne întins;
- se pune o pernă sub genunchiul superior;
- se sprijină spatele cu pătura făcută sul;
- se reașează patul, se întinde lenjeria;
- se acoperă pacientul.

b) Schimbarea poziției din decubit lateral în decubit dorsal

- persoana care face schimbarea se așează de partea patului spre care este întors pacientul;
- se îndepărtează perna de sub genunchi și sulul din pătură;
- se așează pacientul cu mișcări blânde în decubit dorsal;
- se introduc sub regiunea lombară și sub genunchi pernițe mici sau materiale textile împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei și pentru a evita hiperextensia membrului;
- se reașează patul, se întinde lenjeria;
- se acoperă pacientul.

c) Schimbarea poziției din decubit dorsal în poziție șezând

De către o singură persoană

- se dezvește pacientul până la mijloc;
- persoana se așează în fața pacientului, acesta fiind rugat să întoarcă privirea într-o parte;
- se prinde pacientul de sub axile și se sprijină capul de antebraț;
- pacientul este rugat să se sprijine pe tălpi și să se ridice ușor la comandă;
- se trage spre capul patului;
- se sprijină spatele cu perne;
- se fixează genunchii cu un sul și tălpile cu un sprijinitor.

De către două persoane

- cele două persoane se așează de o parte și de alta a patului față în față;
- brațele dinspre capul pacientului se încrucișează pe spatele acestuia, cealaltă mână se introduce în axilă;
- una dintre persoane comandă mișcarea;
- pacientul este tras spre capul patului și se fixează poziția.

d) Schimbarea poziției din poziție șezând în decubit dorsal

Reașezarea pacientului în decubit dorsal din poziția șezând se face de către două persoane.

- cele două persoane se așează de o parte și de alta a patului față în față;
- una dintre persoane comandă mișcarea;
- se îndepărtează obiectele de sprijin de sub genunchi și din dreptul tălpilor;
- brațele dinspre capul pacientului se încrucișează pe spatele acestuia, cealaltă mână se introduce în axilă;
- cu o mișcare atentă pacientul este tras până ajunge în decubit dorsal, cu capul sprijinit pe pernă;
- se fixează sulurile de sprijin sub regiunea lombară și genunchi;
- se reașează patul, se întinde lenjeria;
- se acoperă pacientul.

e) Readucerea pacienților alunecați din poziție semișezând sau șezând

- pacientul este rugat să se sprijine pe tălpi;
- se prinde de sub axile și se trage ușor spre capul patului;
- dacă activează două persoane se prinde cu o mână de sub axilă, iar cealaltă de introduce sub regiune fesieră și se acționează la comandă;
- se fixează poziția.

2.6. Mobilizarea pacientului

Scop

- prevenirea complicațiilor;
- stimularea tonusului muscular, fizic și psihic.

Materiale necesare

- cadru mobil;
- agitator;
- baston;
- cârje.

Pregătirea pacientului

Se anunță pacientul și se explică importanța mobilizării precoce.

Pentru anumiți pacienți se cere acordul medicului privind tipul și durata mobilizării (paralizați, operați, cu infarct miocardic).

Mobilizarea pasivă

- se fac mișcări de flexie, extensie, rotație, abducție, aducție, supinație, pronație;
- se masează membrele în sensul circulației de întoarcere;
- se comunică permanent cu pacientul pentru a afla dacă are dureri;
- se controlează pulsul.

Ridicarea în poziția șezând

a) În pat

- se ridică după tehnica schimbării poziției;
- se sprijină cu perne;
- se poate ridica singur cu ajutorul unei agățători.

b) La marginea patului

Executarea de către o singură persoană

- se introduce o mână sub axile și una sub regiunea poplitee;
- pacientul se poate prinde de gâtul persoanei care face manevra;
- se rotează picioarele pacientului într-un unghi de 90° și sunt lăsate să atârne ușor la marginea patului;
- se sprijină dacă pacientul nu își poate menține poziția.

Executarea de către două persoane

- se introduce câte o mână sub omoplați, iar cealaltă sub regiunea poplitee;
- se ridică pacientul în poziție șezând și se rotește cu un unghi de 90°, fiind adus la marginea patului;
- reșezarea în pat se face executând mișcările în ordine inversă.

c) Așezarea pacientului în fotoliu

- se așează pacientul la marginea patului;
- se aduce fotoliul cu rezemătoarea laterală la marginea patului;
- persoana se așează în fața pacientului, introduce mâinile sub axilă;
- pacientul se ridică ușor în picioare (ajutat de către una sau două persoane);
- se întoarce pacientul cu spatele spre fotoliu și se așează cu grijă;
- se acoperă cu un pled;
- readucerea în pat se face executând mișcările în sens invers.

d) Ridicarea pacientului în poziție ortostatică

- se aduce pacientul la marginea patului;
- se susține și se ridică în picioare fiind susținut;
- se observă pacientul, se așează în pat dacă are amețeli;
- reșezarea în pat se face executând mișcările în sens invers.

e) Efectuarea primilor pași

- se întreabă medicul dacă pacientul poate fi mobilizat;
- se ridică întâi în poziție șezând, apoi este adus la marginea patului;
- se ridică în picioare și se observă comportamentul;
- se sprijină de braț sau se oferă un cadru mobil și se parcurge distanța recomandată de medic;
- se crește distanța progresiv;
- pacientul este încurajat să se deplaseze și singur pe măsură ce starea sa permite.

2.7. Captarea eliminărilor

a) Captarea urinei

- se protejează patul cu aleză și mușama;
- se dezbracă partea inferioară a corpului;
- se încălzește plosca sau urinarul cu apă caldă, se șterge cu hârtie igienică;
- la bărbați penisul se introduce în urinar sau se orientează spre ploscă;
- pacientul se izolează și se lasă câteva minute singur;
- se ajută pacientul să-și spele mâinile.

b) Captarea materiilor fecale

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși de unică folosință;
- se protejează patul cu aleză și mușama;
- se izolează pacientul cu un paravan;
- se dezbracă partea inferioară a corpului;
- se încălzește plosca/bazinetul cu apă caldă, se șterge cu hârtie igienică;
- se introduce o mână sub regiunea sacrală a pacientului, se ridică ușor;
- cu cealaltă mână se introduce plosca sub pacient;
- se acoperă pacientul și se lasă singur;
- se oferă după defecație hârtie igienică, dacă starea pacientului îi permite să o folosească;
- se îndepărtează plosca acoperită;

- dacă este necesar se face toaleta regiunii pe un alt bazinet;
- se oferă pacientului apă, săpun, prosop pentru a-și spăla mâinile;
- se reaşează patul;
- se aeriseşte camera.

Observații

Se observă dacă scaunul este modificat (culoare, consistență, formă, cantitate).

c) Captarea sputei

- urmărește prevenirea răspândirii infecției, observarea aspectului sau obținerea unor mostre pentru examene de laborator;
- captarea se face în cutii petri sau pahare conice gradate cu soluție dezinfectantă (cu excepția situației în care se recoltează pentru laborator);
- pacientul este instruit cum să colecteze sau să recolteze sputa pentru examenul de laborator, eliminând numai în colectoarele oferite;
- scuipătoarea se schimbă cel puțin de două ori pe zi;
- se ajută pacientul să-și clătească gura cu apă;
- se sfătuiește pacientul să stea într-o poziție care să favorizeze eliminarea;
- se golesc cutiile sau paharele folosite și se sterilizează corect în vederea refolosirii;
- se notează cantitatea, aspectul, compoziția;
- se respectă cu strictețe precauțiile universale.

d) Captarea vărsăturilor

- la pacientul care varsă se îndepartează proteza dentară;
- se susține cu o mână fruntea pacientului, iar cu cealaltă se ține tăvița renală sub bărbie;
- dacă pacientul este în decubit, se rotește capul într-o parte și tăvița se așează lângă fața acestuia;
- se îndepartează imediat tăvița cu vomă, după care se observă conținutul;
- se oferă pacientului un pahar cu apă pentru a-și clăti gura, și un șervețel;
- pacientul în decubit trebuie atent supravegheat să nu aspire voma;
- dacă pacientul are din nou senzația de vomă:
 - este sfătuit să respire adânc;
 - se aerisește încăperea;
- pacientul în decubit trebuie atent supravegheat să nu aspire voma;
- dacă pacientul are din nou senzația de vomă:
 - este sfătuit să respire adânc;
 - se aerisește încăperea;
 - se servește o tăviță curată (vederea vomei poate declanșa reflexul de vomă);

Observații

În cazul ingestiei accidentale de alimente alterate sau toxice, sau de medicamente, recoltarea se face din vărsătura pentru examenul de laborator.

Capitolul 3

ALIMENTAREA PACIENTULUI

Aspecte generale

- se culeg date despre regim, orarul meselor, repartizarea pe mese, posibilitățile de mobilizare, capacitatea pacientului de a-și folosi membrele superioare;
- se obțin informații despre restricții legate de efectuarea unor examene, administrarea unor medicamente în funcție de orarul meselor;
- se obțin informații despre preferințele alimentare ale pacientului.

3.1. Alimentarea activă

Masa poate fi servită la sala de mese, în salon la masă, în salon la pat în poziție șezând, sau în decubit lateral.

Dacă este cazul, se protejează lenjeria cu un prosop.

Alimentele sunt servite în condiții igienice pe o tavă, masă portabilă, acoperite.

Pacientul este ajutat să îfși porționeze alimentele.

Se observă consumul de alimente de către pacient, respingerea unor alimente.

În decubit lateral:

- se ridică ușor capul pacientului, se protejează patul;
- alimentele se așează lângă pacient;
- pacientul este așezat cu partea sănătoasă accesibilă;
- se asigură administrarea lichidelor cu paiul sau din căni cu cioc.

3.2. Alimentarea pasivă

Se practică pentru pacienții care nu se pot alimenta singuri.

- în funcție de starea generală, pacientul este așezat în poziție șezând, sau cu capul ridicat;
- se protejează lenjeria de pat și cea de corp;
- se plasează tava lângă pacient în așa fel încât să vadă alimentele;
- se verifică temperatura alimentelor;
- se administrează cantități mici, verificându-se dacă a înghițit cantitatea de alimente dată anterior;
- alimentele se taie bucăți mici, nu se ating cu mâna;
- resturile de alimente se îndepărtează din salon; mirosul sau vederea lor poate declanșa reflex de vomă.

Observații

- dacă masa se servește în salon, acesta trebuie aerisit înainte;
- se îndepărtează ploștile urinare;
- nu se asociază ora mesei cu ora de tratament;
- pacienții arși, cu boli de piele, cu aspect neplăcut, sunt acoperiți și izolați
- se identifică motivele pentru care pacientul refuză alimentația sau anumite alimente;
- se consemnează toate acuzele din timpul mesei;
- pacientul inapetent trebuie stimulat cu tact să accepte hrana;
- pacienții cu tulburări de degluție sunt atent observați;
- se folosesc alimente semisolide dacă pacientul are tulburări de degluție.

Capitolul 4

MĂSURAREA ȘI SUPRAVEGHEREA FUNCȚIILOR VITALE ȘI A ALTOR PARAMETRI

4.1. Măsurarea și notarea temperaturii corporale

Măsurarea temperaturii corporale se efectuează, la ora actuală, cu termometrul electronic.

Aparatul permite măsurarea temperaturii cutanate (în axilă), rectale și timpanice. Această măsurare a temperaturii este rapidă și fiabilă.

Indicații

- supravegherea sistematică în cursul spitalizării;
- supravegherea unui sindrom infecțios sau inflamator.

Pregătirea Materialelor

Se vor pregăti pe o tavă medicală:

- termometru electronic cutanat sau timpanic cu sondă disponibilă;
- comprese curate și soluție dezinfectantă;
- lubrifiant pentru termometrul rectal.

Se vor folosi racorduri de unică folosință pentru termometrele timpanice.

Termometrul va fi dezinfectat după fiecare pacient.

Pregătirea Pacientului

- se explică pacientului procedura;
- se cere pacientului să rămână culcat în pat;

Pentru supravegherea sistematică este important de considerat faptul că temperatura este mai mică dimineața înainte ca pacientul să se ridice din pat.

Efectuarea procedurii de măsurare a temperaturii

Cu termometrul electronic timpanic

- se introduce captatorul adaptat la un capișon de unică folosință în urechea pacientului;
- se rotește termometrul cu 30° în spate pentru a fi în fața timpanului;
- aparatul afișează temperatura în 1-3 secunde.

Cu termometrul electronic cutanat

- se descoperă axila pacientului;
- se tamponează pentru a îndepărta transpirația;
- se introduce sonda/captatorul termometrului în mijlocul axilei și se apropie brațul de torace;
- se așteaptă 30 sec. până se aude semnalul sonor;
- se ajustează temperatura afișată cu 0,5°C pentru a obține temperatura corporală;
- se spală mâinile.

Același termometru poate fi folosit și pentru măsurarea temperaturii rectale.

Cu termometrul electronic oral

- se introduce sonda/captatorul electronic într-un capișon din material plastic;
- se plasează în cavitatea bucală, sublingual;
- se menține termometrul pe loc până la semnalul sonor;
- se scoate termometrul și se citește valoarea;
- se aruncă capișonul din plastic în recipientul pentru deșeuri;

- se spală mâinile.

Cu termometrul electronic rectal

- se așează pacientul în poziția SIMS;
- se introduce sonda termometrului protejată de capişonul lubrifiat (aproximativ 4 cm);
- se menține termometrul până la semnalul sonor;
- se scoate termometrul, se citește valoarea;
- se aruncă capişonul în recipientul pentru deșeuri;
- se spală mâinile.

Observații

- măsurarea temperaturii rectal poate să antreneze leziuni dacă este practică cotidian;
- măsurarea temperaturii rectal poate provoca sângerări la copii, rupturi ale venelor hemoroidale, escare sau rectite (necesitând intervenții chirurgicale).

Reprezentarea grafică a temperaturii

- se socotesc pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură câte 2 diviziuni de grad;
- se notează grafic valoarea înregistrată, printr-un punct de culoare albastră așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineața (D) sau seara (S) pentru cifrele cu soț (pare); exemplu 36,2; 37,4; 38,6; etc
- se unește primul punct cu rubrica pentru temperatură aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din foaia de temperatură;
- se obține curba termică prin unirea punctelor care indică valorile temperaturii măsurate bicotidian pe parcursul zilelor de supraveghere și îngrijire.

Educarea pacientului

- se informează pacientul că termometrul este un instrument indispensabil pentru aprecierea stării generale la domiciliu;
- se explică pacientului cum să întrețină și să utilizeze termometrul;
- se oferă pacientului un tabel cu valori termice orientative, în funcție de calea de măsurare folosită, ca în exemplul de mai jos.

Calea de măsurare	Scala Celsius	Scala Fahrenheit
Orală	37°C ± 0,3 - 0,6	98,6°F ± 0,5 - 1,0
Rectală	37,5°C ± 0,3 - 0,6	99,6°F ± 0,5 - 1,0
Axilară	36,5°C ± 0,3 - 0,6	97,6°F ± 0,5 - 1,0

4.2. Măsurarea și notarea pulsului

Indicații

- determinarea numărului de bătăi cardiace pe minut;
- obținerea de informații despre activitatea inimii și despre starea arterelor;
- aprecierea răspunsului inimii la medicația cardiacă, activitate sau stres.

Pregătirea materialelor

Se pregătesc pe o tavă medicală:

- Ceas de mana cu secundar sau cronometru
- Culoare roșie (creion, pix sau carioca)
- Carnet de adnotări personale

Pregătirea pacientului

Pregătirea psihică

- se explică pacientului procedura pentru a reduce emoțiile, teama și a obține colaborarea;
- se asigură un repaus psihic de cel puțin 5 minute înainte de măsurare;

Pregătirea fizică

- se asigură un repaus fizic de cel puțin 5 minute înainte de măsurare;
- se așează pacientul în poziție confortabilă în funcție de starea generală:
 - în decubit dorsal cu membrul superior întins pe lângă corp, articulația mâinii în extensie, mâna în supinație (palma orientată în sus);
 - în poziție semișezândă (în pat sau în fotoliu) antebrațul în unghi drept sprijinit pe suprafața patului, mâna în supinație și extensie.

Efectuarea procedurilor

- se spală mâinile;
- se reperează artera radială la extremitatea distală a antebrațului, pe fața anterioară (internă), în șanțul radial aflat în prelungirea policelui;
- se plasează degetele index, mediu și inelar (2,3,4) deasupra arterei radiale reperate;
- se exercită o presiune ușoară asupra arterei pe osul radius, astfel încât să se perceapă sub degete pulsațiile sângelui;

- se fixează un punct de reper pe cadranul ceasului de mână;
- se numără timp de 1 minut pulsațiile percepute sub degete, sau 30 secunde și înmulțite cu doi numărul pentru a obține rata pulsului pe minut;
- se apreciază ritmul, amplitudinea și elasticitatea peretelui arterial în timp ce se măsoară frecvența;
- se înregistrează frecvența pulsului în carnetul personal notând: numele pacientului, salonul, data înregistrării, rata;
- se spală mâinile.

Reprezentarea grafică a pulsului în foaia de temperatură

- se socotesc pentru fiecare linie orizontală a foii de temperatură câte 4 pulsații;
- se notează grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare roșie, așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru D (dimineața) sau S (seara), pentru valorile care cresc din 4 în 4 (ex. 64, 68, 76, 80);
- se notează grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare roșie așezat în mijlocul pătratului din rubrica corespunzătoare (D sau S) pentru valorile care cresc din 2 în 2 (ex.: 62, 66, 70);
- se unește primul punct, printr-o linie cu săgeată, cu rubrica pulsului aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din foaia de temperatură;
- se obține curba pulsului prin unirea punctelor care indică valorile ratei cardiace măsurate bicotidian, pe parcursul zilelor de supraveghere și îngrijire.

Evaluarea eficacității procedurii

Rezultate așteptate/dorite:

- pulsul este bine bătut, regulat, iar frecvența să înscrie în limitele normale corespunzătoare vârstei;
- tegumentele și mucoasele sunt normal colorate;
- pacientul este liniștit.

Rezultate nedorite

- rata pulsului este mai mare sau sub normalul caracteristic vârstei;
- pulsul radial nu este perceptibil;
- pulsul este aritmic;
- amplitudinea este mică sau crescută;
- pacientul este palid, anxios, acuză palpitații, extrasistole;
- pacientul are una sau mai multe dintre problemele de dependență următoare:
 - intoleranță la activitate;
 - alterarea confortului;
 - deficit de volum lichidian;
 - exces de volum lichidian;
 - alterarea perfuziei tisulare.

Modificări în situațiile selectate

- dacă pulsul radial nu este palpabil se caută alte artere accesibile pentru măsurare:
 - artera temporală: la un lat de deget deasupra și lateral de stânca temporalului, în dreptul pavilionului auricular;
 - artera carotidă externă (dreaptă sau stânga): pe fața anterioară a gâtului, în șanțul delimitat de laringe (anterior) și mușchiul sternocleidomastoidian (lateral);
 - artera pedioasă - pe fața dorsală a piciorului, în dreptul primului șanț intermetatarsian;
 - artera femurală - în regiunea inghinală, la nivelul triunghiului lui Scarpa;
 - apex (vârful inimii) - pulsul apical, în spațiul 5 intercostal (i.c.) pe linia medioclaviculară stângă;
- la copiii sub 2 ani se evită măsurarea pulsului radial întrucât rata crescută și aria mică de palpate pot determina valori inexacte;
- la copiii peste 2 ani rata pulsului radial se obține atunci când sunt liniștiți sau dorm, întrucât este dificil să obții colaborarea copilului de a rămâne cu mâna nemișcată;
- la copil, pentru o acuratețe maximă, rata pulsului se numără timp de 1 minut.

Educarea pacientului

- se învață pacientul să-și măsoare singur pulsul periferic la arterele carotidă sau temporală întrucât sunt mai accesibile pentru autopalparea la domiciliu;
- se instruește pacientul să exercite o presiune ușoară folosind 3 degete pentru palpate;
- se informează pacientul/familia care sunt valorile normale ale pulsului, caracteristice vârstei;
- se instruește pacientul/familia să ia legătura cu medical curant ori de câte ori valorile ratei pulsului sunt deviate de la normal și starea generală a pacientului se modifică.
- se oferă pacientului un tabel cu valori orientative ca în exemplul de mai jos:

Vârsta	Rata aproximativă	Rata medie
Nou-născut	120 - 160	140
1- 2 luni (sugar)	100 - 140	120

12 luni - 2 ani	80 - 130	110
2 ani - 6 ani	75 - 120	100
6 ani - 12 ani	75 - 110	95
Adolescent	60 - 100	80
Adult	60 - 100	80

4.3. Măsurarea și notarea presiunii sângelui (tensiunea arterială - T.A.)

Scop

- determinarea presiunii sistolice și diastolice la internare pentru a compara starea curentă cu valorile normale;
- evaluarea stării pacientului în ce privește volumul de sânge, randamentul inimii și sistemul vascular;
- aprecierea răspunsului pacientului la tratamentul cu fluide sau/și medicamente.

Pregătirea materialelor

Se pregătesc pe o tavă medicală:

- stetoscop biauricular;
- tensiometru cu manșetă adaptată vârstei;
- comprese cu alcool medicinal;
- culoare albastră (pix, creion);
- foaie de temperatură;
- carnet de adnotări personale.

Pregătirea pacientului

Psihică:

- se explică pacientului procedura pentru a reduce teama și a obține colaborarea;
- se asigură un repaus psihic de cel puțin 5 minute înainte de măsurare întrucât emoțiile influențează presiunea sângelui;

Fizică

- se asigură un repaus de cel puțin 5 minute înainte de măsurare;
- se așează pacientul în poziție confortabilă de decubit dorsal ori semișezând sau în ortostatism conform indicației medicale.

Efectuarea procedurii

- se utilizează comprese cu alcool pentru a șterge olivele și părțile metalice ale stetoscopului dacă este necesar;
- se selectează un tensiometru cu manșetă potrivită vârstei și stării constituționale a pacientului;
- se amână măsurarea T.A. dacă pacientul este tulburat emoțional, are dureri, dacă a făcut exerciții de mișcare sau dacă măsurarea presiunii arteriale nu este o urgență;
- se alege brațul potrivit pentru aplicarea manșetei (fără perfuzie intravenoasă, intervenție chirurgicală la nivelul sânelui sau axilei, fără arsuri, șunt arterio-venos sau răni ale mâinii);
- se permite pacientului să adopte poziția culcat sau așezat cu brațul susținut la nivelul inimii și palma îndreptată în sus;
- se descoperă brațul pacientului fie prin ridicarea mâneii fie prin dezbrăcare dacă mâneca este prea strâmtă, pentru a nu crește presiunea deasupra locului de aplicare a manșetei;
- se verifică dacă manșeta conține aer;
- se scoate aerul din manșetă, la nevoie, deschizând ventilul de siguranță și comprimând manșeta în palme sau pe suprafața dură;
- se închide ventilul de siguranță înainte de a umfla manșeta;
- se aplică manșeta, circular, în jurul brațului, bine întinsă, la 2,5 - 5 cm deasupra plicii cotului și se fixează;
- se palpează artera brahială sau radială exercitând o presiune ușoară cu degetele;
- se așează membrana stetoscopului deasupra arterei reperate și se introduc olivele în urechi;
- se umflă manșeta tensiometrului pompând aer cu para de cauciuc în timp ce se privește acul manometrului;
- se continuă pomparea de aer până când presiunea se ridică cu 30 cm deasupra punctului în care pulsul a dispărut (nu se mai aud bătăi în urechi);
- se decomprimă manșeta, deschizând ușor ventilul de siguranță pentru restabilirea circulației sângelui prin artere;
- se înregistrează mental cifra indicată de acul manometrului în oscilație în momentul în care, în urechi, se aude prima bătaie clară (lup-dup); această cifră reprezintă presiunea (tensiunea) sistolică sau maximă;
- se înregistrează numărul care corespunde bătăii de final în timp ce se continuă decomprimarea manșetei; acesta reprezintă T.A. diastolică sau minimă;
- se îndepărtează manșeta, se curăță și se dezinfectează olivele stetoscopului;
- se înregistrează valorile măsurate în carnetul personal, notând: numele pacientului, data înregistrării, valorile obținute (T.A. = 130/70 mmHg sau T.A. = 13/7 cmHg).

Reprezentarea grafică a T.A.

- se socotesc pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură, 10 mmHg sau 1 cm Hg;
- se reprezintă grafic valorile înregistrate printr-un dreptunghi de culoare albastră, așezat pe verticala timpului (D sau S); latura de sus a dreptunghiului reprezintă T.S. (tensiunea sistolică) iar latura de jos a dreptunghiului reprezintă T.D. (tensiunea diastolică).

Evaluarea eficacității procedurii

Rezultate așteptate/dorite:

- T.A. a pacientului este, în limitele normale corespunzătoare vârstei;
- pacientul nu acuză cefalee, tulburări de echilibru.

Rezultate nedorite:

- presiunea sistolică sau diastolică este mai mare sau mai mică față de rata normală a persoanelor de aceeași vârstă;
- sunetele obținute prin metoda KOROTKOFF nu sunt audibile sau suficient de distincte pentru a facilita o apreciere exactă a T.A.;

- pacientul poate avea una sau mai multe din problemele de dependență:

- intoleranța la activitate;
- alterarea randamentului inimii;
- exces de volum lichidian;
- deficit de cunoștințe;
- alterarea nutriției;
- alterarea menținerii sănătății.

Modificări în situațiile selectate

- se ridică brațul pacientului deasupra inimii pentru 15 secunde înainte de reverificarea presiunii dacă se aud cu dificultate sunetele (bătăile cardiace) în urechi;
- se măsoară T.A. la coapsă dacă accesul la arterele brațului nu este posibil;
- se alege o manșetă lată și se așează pacientul pe abdomen pentru palparea adecvată a arterei poplitee;
- se ajustează evaluarea presiunii arteriale înregistrate, dacă se folosește coapsa, întrucât există tendința ca T.A. să fie mai mare la extremitatea distală față de extremitatea proximală (superioară);
- se măsoară presiunea arterială prin metoda palpatorie, în lipsa stetoscopului auricular; prin aceasta metodă întotdeauna se obține exact numai tensiunea sistolică.

Educarea pacientului

- se sfătuiește pacientul adult să-și măsoare T.A. cel puțin odată pe an;
- se informează pacientul despre utilitatea automăsurării T.A. la domiciliu, prin echipament digital; deși este costisitor este mult mai ușor de citit valorile;
- se instruește pacientul să se prezinte cu promptitudine la medic dacă valorile T.A. sunt oscilante;
- se instruește pacientul cu hipertensiune arterială (HTA) să-și ia medicamentele în mod regulat, să reducă consumul de sare, să-și verifice greutatea și să învețe tehnici de management al stresului;
- se informează pacientul/familia care sunt valorile normale în funcție de vârstă; se oferă, eventual, un tabel cu valori orientative ca în exemplul de mai jos:

Vârsta	Valori normale ale T.A.	Limite superioare ale normalului
1 an	95/65 mmHg	Nedeterminate
6 - 9 ani	100/65 mmHg	119/79 mmHg
10 - 13 ani	110/65 mmHg	124/84 mmHg
14 - 17 ani	120/80 mmHg	134/89 mmHg
18 - adult	120/80 mmHg	139/89 mmHg

4.4. Măsurarea și notarea respirației

Obiectivele procedurii

- determinarea ratei respiratorii la internare pentru a servi ca bază de comparare cu măsurătorile ulterioare;
- monitorizarea efectelor bolii, traumatismului, sau stresului asupra sistemului respirator;
- evaluarea răspunsului pacientului la medicația sau tratamentele care afectează sistemul respirator

Pregătirea materialelor

Se pregătesc pe o tavă medicală:

- ceas cu secundar, de mână, sau cronometru;
- culoare albastră (creion, pix);
- foaie de temperatură;
- carnet de adnotări personale.

Pregătirea pacientului

- se evită pregătirea psihică a pacientului întrucât acesta își poate modifica ritmul obișnuit în momentul în care conștientizează propria respirație;
- se măsoară respirația concomitent cu celelalte semne vitale dacă apar schimbări în starea pacientului, dacă pacientul are o

afecțiuni cardio-pulmonară sau primește oxigen ori medicamente ce afectează fiziologia respirației.

Efectuarea procedurii

- se observă mișcările de ridicare sau de coborâre ale toracelui cu fiecare inspirație sau expirație;
- se mențin, în continuare, degetele pe locul de măsurare a pulsului în timp ce se observă toracele pacientului;
- se numără mișcările de ridicare a toracelui (inspirațiile) timp de minimum 30 de secunde și se înmulțește cu 2 numărul obținut pentru a afla rata pe minut;
- se numără timp de 1 minut inspirațiile dacă respirația este neregulată;
- se înregistrează rata respiratorie în carnetul personal notând: numele pacientului, data înregistrării, rata respiratorie;
- se spală mâinile dacă s-a atins pacientul sau patul acestuia pe durata măsurării.

Reprezentarea grafică a T.A.

- se socotește câte o respirație pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură;
- se notează grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare albastră așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineața (D) sau seara (S);
- se unește primul punct, printr-o linie cu săgeată, de rubrica respirației aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din foaia de temperatură;
- se obține curba respirației prin unirea punctului inițial cu celelalte valori ale măsurătorilor efectuate ulterior.

Evaluarea eficacității procedurii

Rezultate așteptate/dorite:

- rata respirației, în repaus, este în limitele normale caracteristice vârstei;
- respirația se face pe nas, este liniștită, fără zgomote, fără efort;
- tegumentele și mucoasele sunt normal colorate, pacientul este conștient, orientat în timp și spațiu.

Rezultate nedorite:

- rata respiratorie este mai mică sau mai mare față de valorile normale caracteristice vârstei;
- pacientul trece printr-o detresă respiratorie manifestată prin: zgomote respiratorii anormale, efort respirator, utilizarea mușchilor respiratorii accesorii, ortopnee, piele palidă sau cianotică, pierdere de cunoștință;
- pacientul poate avea una sau mai multe din următoarele probleme de dependență:

- intoleranță la activitate;
- anxietate;
- alterarea confortului;
- clearance ineficient al căilor respiratorii;
- posibilă insuficiență respiratorie;
- alterarea schimburilor gazoase.

Modificări în situațiile selectate

- se prevăd 5-10 minute de repaus înainte de numărarea respirațiilor dacă a apărut o activitate recentă ce poate altera rata respiratorie a pacientului;
- se descoperă toracele pacientului dacă respirația este superficială pentru a obține cea mai corectă rată respiratorie;
- se evită măsurarea respirației la sugar sau copil în timpul plânsului;
- se aplică podul palmei pe toracele copilului atunci când doarme pentru a număra exact mișcările respiratorii.

Educarea pacientului

- se învață procedura de măsurare și înregistrare a ratei respiratorii de către membrii familiei ca și acordarea de îngrijiri atunci când este nevoie;
- se ajută/instruiește pacientul privind modul în care trebuie să se îngrijească la domiciliu în funcție de caracteristicile respirației și de statusul respirator;
- se explică părinților/apartenților că trebuie să se prezinte cu copiii la medic dacă apar dificultăți în respirație sau respirație superficială;
- se sfătuiește pacientul să umidifice, să încălzească sau să răcească aerul din spațiul ambiental pentru a reduce incidența infecțiilor respiratorii;
- se sfătuiește/instruiește pacientul să respecte indicațiile medicului legate de administrarea medicamentelor, de dietă și evitarea factorilor de risc în scopul ameliorării sau dispariției problemelor respiratorii;
- se informează pacientul/familia despre valorile normale caracteristice vârstei (ex. în tabelul de mai jos).

Vârsta	Rata medie/minut
Nou-născut	30 - 80
Copil mic	20 - 40
Copil mare	15 - 25
Adult	14 - 20
Bărbat	14 - 18

4.5. Măsurarea înălțimii și greutateii corporale

Obiectivele procedurii

- măsurarea greutății pacientului pentru stabilirea stării de nutriție și a reținerii apei în organism;
- aprecierea raportului dintre înălțime și greutate.

Pregătirea materialelor

- cântar pentru adulți;
- antropometru (sau cântar antropometru);
- carnet pentru notarea valorilor.

Pregătirea pacientului

Psihică:

- se explică pacientului măsurătorile și se stabilește împreună ora potrivită (în cursul zilei);
- se asigură pacientul, dacă este cazul, că se respectă intimitatea.

Fizică

- se ajută pacientul să se dezbrace de halat;
- se instruește pacientul să nu mănânce, să urineze și să elimine scaunul.

Efectuarea procedurii

Măsurarea înălțimii

- se așează pacientul în picioare cu spatele la tijă și la cursorul taliometrului;
- se roagă pacientul să stea cu spatele drept și călcâiele lipite de tija taliometrului;
- se coboară cursorul până la capul pacientului și se citește pe tija gradația înălțimii.

Măsurarea greutății

- se aduce balanța în echilibru și se imobilizează tija indicatoare;
- se verifică dacă sunt îndeplinite condițiile:
 - pacient nemâncat;
 - vezica urinară golită;
 - scaun eliminat;
- se asigură că poartă aceleași haine la fiecare cântărire;
- se folosește același cântar;
- se adaugă cursoarele pe kilograme și grame, sau cursorul aproape de greutatea estimată a pacientului;
- se cere pacientului să urce pe cântar;
- se deschide brațul (tija) și se mișcă cele două cursoare (cursorul) până acul se stabilește din nou la zero;
- se fixează scara cursorului și se cere pacientului să coboare.

Finalizarea procedurii

- se conduce pacientul la pat (dacă este nevoie);
- se ajută să se așeze în pat.

Notarea procedurii

- se notează valorile înălțimii și greutății;
- se precizează dacă din diverse motive nu pot fi îndeplinite toate condițiile impuse pentru realizarea de măsurători exacte.

Evaluarea eficacității procedurii

Rezultate așteptate

- cântărirea s-a făcut corect;
- rezultatul atestă o evoluție bună.

Rezultate nedorite

- valorile obținute arată scăderea greutății la pacienții slăbiți, denutriți, creșterea greutății și reținerea apei în organism;
- se verifică respectarea regimului alimentar.

PARTEA III

INTERVENȚII DELEGATE (efectuate sub prescripție medicală)

Capitolul 5

PRELEVĂRI (RECOLTĂRI) PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

5..1. Recoltarea sângelui pentru examene de laborator

Se respectă protocolul laboratorului!

Scopul/Indicații

- screening;

- se așează pacienta pe masa ginecologică;
- se fixează mușamaua și se învelește pacienta cu un pled;
- se spală mâinile;
- se umple tubul și se ajustează temperatura soluției (la temperatura corpului);
- se declampează tubul, se evacuează aerul, și se reclampează;
- se îmbracă mănuși sterile;
- se spală perineul cu tampoane de vată umezite cu apă caldă: sensul de curățire este dinspre partea anterioară spre cea posterioară, folosind tamponul o singură dată;
- canula se lubrifică cu gel sau vaselină;
- se agață irigatorul pe stativ la o înălțime de 50-70 cm de la simfiza pubiană;
- cu o mână se îndepărtează labiile, iar cu cealaltă mână se introduce canula în vagin, înclinând-o spre față, apoi spre spatele pacientei. Se introduce aproximativ 8-10 cm;
- se îndepărtează pensa pentru a permite soluției să curgă (prin forța gravitației);
- se rotește încet canula în timpul irigației;
- se clampează tubul înainte de terminarea lichidului și se îndepărtează încet canula;
- pacienta rămâne pe masa câteva minute pentru a se elimina lichidul în totalitate;
- se spală regiunea vulvară cu apă și săpun;
- se usucă regiunea vulvară cu un prosop.

22.6. Administrarea medicamentelor pe cale vaginală

Procedura este descrisă la capitolul 6 (6.15 Administrarea medicamentelor pe cale vaginală)

Capitolul 23 ÎNGRIJIRI ÎN PEDIATRIE

23.1. Supravegherea funcțiilor vitale la copil, și a altor parametri

a) Măsurarea temperaturii corporale

Scop

- supravegherea sistematică în cadrul unei spitalizări;
- supravegherea unui sindrom infectios.

Materiale necesare

- termometrul electronic;
- comprese, soluție dezinfectantă;
- capisoane pentru protecția termometrului;
- carnet pentru notarea valorilor.

Pregătirea copilului

- măsurarea se face dimineața și seara sau conform recomandării medicale;
- pentru supravegherea în timpul spitalizării măsurarea se face înainte ca pacientul să se ridice din pat.

Tehnica măsurării

Măsurarea în plici (axilar sau inghinală)

- se aplică captatorul termometrului implicat în plica axilară având grijă să se asigure un contact bun cu pielea;
- termometrul trebuie să fie bine poziționat;
- se așteaptă 30 secunde când se aude semnalul sonor se citește temperatura afișată;
- se adaugă 0-5 grade pentru a obține temperatura reală.

Măsurarea rectală

- termometrul se introduce în rect depărtând fesele copilului;
- introducerea se face prin mișcări de rotație după ce termometrul a fost capișonat;
- în timpul măsurării termometrul se susține la copilul sugar;
- repetarea măsurării poate favoriza apariția ulcerărilor la nivelul peretelui rectal;
- măsurarea se face în repaus, la aceeași oră din zi;
- în cazul infecțiilor măsurarea se face în frison în timpul convulsiilor în transpirație;
- se scoate termometru se citește;
- se îndepărtează capișonul.

Măsurarea în cavitatea bucală

- sonda termometrului se introduce într-un capison din material plastic;
- se plasează sublingual;
- se menține termometrul până sună;
- se scoate, se citește temperatura se îndepărtează capisonul.

Măsurarea în conductul auditiv

- captatorul este protejat de un capison de unică folosință, se introduce în urechea pacientului;

- se rotește ușor fiind adus cât mai aproape de timpan;
- măsurarea se face înainte de sculare, copilul fiind în poziție de decubit.

b) Măsurarea pulsului

Scop:

- stabilirea ratei pulsului;
- depistarea unor modificări patologice.

Tehnica măsurării

- la nou-născut și la sugar în primele luni de viață pulsul se poate măsura în timpul somnului la nivelul fontanelei;
- pulsațiile se pot percepe și număra aplicând mâna pe regiunea precordială;
- la copiii mai mari măsurarea se poate face prin comprimarea unei artere pe un plan dur: radială, cubitală, temporală, pedioasă, humerală, femurală, carotidă;
- la copilul supravegheat sistematic în timpul unei spitalizări măsurarea se face de 2 ori pe zi dimineața și seara odată cu temperatura;

- în timpul măsurării copilul trebuie să fie liniștit deoarece agitația și plânsul accentuează bătăile inimii;

- valori normale:

- nou-născut = 130/140 pe minut;
- un an = 100/120 pe minut;
- 2 ani = 100/110 pe minut;
- 3-4 ani = 90/110 pe minut;
- 5-7 ani = 80/100;
- 8-10 ani = 80/90 pe minut;
- 11-16 = 80 pe minut.

c) Măsurarea și supravegherea respirației

Scopul: depistarea modificărilor apărute în afecțiuni respiratorii.

Tehnica măsurării

- se face prin inspecție/observație în timpul somnului;
- se dezbracă fața anterioară toracelui și a abdomenului;
- se aplică mâna pe toracele copilului;
- se așteaptă 1-2 minute după atingerea copilului;
- se cronometrează, se numără mișcările de ridicare a toracelui;
- în afară de frecvență se mai urmărește:
 - simetria mișcărilor toracice;
 - ritmul și amplitudinea respirației;
 - prezența unor zgomote;
- se observă libertatea căilor respiratorii;
- măsurarea se face dimineața și seara sau după un orar stabilit de medic în funcție de starea copilului.

Valori normale:

- nou-născut = 45-55/minut;
- 1 an = 30-40/minut;
- 3 ani = 30/minut.

Respirația trebuie să fie suplă fără geamăt sau însoțită de zgomot.

Fața copilului trebuie să fie normal colorată.

d) Măsurarea tensiunii arteriale

Nu face parte dintre măsurările de rutină.

Atunci când este cazul măsurarea se face cu aparate pentru copii care au manșeta îngustă adaptată mărimii brațului.

Tehnica măsurării este asemănătoare cu cea de la adult. (procedura este descrisă la capitolul 4, 4.3 Măsurarea și notarea presiunii sângelui).

e) Observarea și supravegherea scaunului la sugar și copilul mic

Aspectul și culoarea scaunului diferă în funcție de vârsta copilului, alimentație și stare de sănătate.

Scop:

- aprecierea modului de funcționare a aparatului digestiv;
- depistarea unor boli însoțite de diaree sau de constipații.

În situații fiziologice:

- în primele 2-3 zile de la naștere, scaunul este verde-brun închis (meconiu);
- sugarul alimentat la san elimină scaune de culoare galben aurie care în contact cu aerul capătă o tentă verzuie din cauza oxidării bilirubinei;
- numărul scaunelor la început este frecvent apoi scade fiind de 3-4 în jurul vârstei de 6 luni;
- are miros acru;
- aderă la scutece;
- numărul scaunelor este de 1-2 în 24 ore;

- când alimentația se diversifică scaunul își schimbă culoarea.

Copilul alimentat artificial elimină un scaun consistent, galben deschis, care nu aderă la scutece.

În situații patologice

Scaunul prezintă modificări privind consistența, cantitatea, compoziția, culoarea:

- poate conține elemente patologice;

- se însoțește de dureri, borborisme, tenesme;

- scaunele mucogrunjoase au consistență neomogenă, semilichidă, cu particule solide și mult mucus în formă de filamente și flocoane, culoare galben-verzuie; numărul poate ajunge la 5-10 în 24 ore;

Scaunele lichide și semi-lichide

- au aspect spumos;

- sunt eliminate în jet;

- pot conține grunji și mucus;

- numărul lor ajunge la 30 în 24 ore.

Scaunele mucoase:

- sunt lichide cu mucus sub formă de grămezi vâscoase, gălbui cenuși, asemănătoare unor plăgi;

Scaunele mucopurulente

- conțin mucus și puroi;

- au culoare galben velzui;

Scaunele mucosanghinolente

- conțin: mucus grunzul de materii fecale, sange în cantități variabile sau numai mucus și sânge

Notarea scaunului

Numărul și aspectul scaunului eliminat se notează folosind semne convenționale:

- Scaun normal (l)

- Scaun semiconsistent/semilichid (/)

- Scaun apos (-) , grunjos (z); mucus (x)

- Scaun cu sânge (s) și se notează cu roșu

Când scaunul conține mai multe elemente se folosesc toate simbolurile de exemplu (xz) mucogrunjos; (xs) mucosanghilonet etc.

23.2. Prelevarea probelor pentru laborator la sugar și copilul mic

a) Prelevarea sângelui pentru examenul de laborator la sugar

Recoltarea sângelui prin înțeparea călcâiului

Scop:

- obținerea unei mostre de sange pentru determinarea glucozei și hematocritului;

- efectuarea testelor de laborator pentru fenilcetonurie, galactozemie, hipotiroidism.

Material necesar:

- lame și lamele de laborator;

- alcool de 70 grade;

- pipeta (vas capilar);

- comprese sterile;

- ac pentru înțepătură sau lamă pentru scarificare;

- mănuși de unică folosință.

Pregătirea copilului

- se verifică identitatea copilului;

- se verifică recomandarea medicală;

- se așează copilul într-o poziție comodă;

- se dezvelește piciorul ales pentru recoltare.

Efectuarea procedurii

- se examinează locul (marginea lateroexternă a călcâiului);

- se spală mâinile și se pun mănuși;

- se dezinfectează locul cu un tampon cu alcool;

- se șterge surplusul de spirt cu o compresă uscată;

- se scarifică zona cu lama sau se înțeapă cu un ac steril;

- prima picătură de sânge se șterge cu un tampon uscat;

- se colectează sângele cu ajutorul pipetelor capilare;

- la sfârșit se aplică un tampon apoi un pansament steril;

- se etichetează și se trimite proba la laborator;

- se liniștește copilul după recoltare.

Recoltarea sângelui prin puncție venoasă

Scop:

Obținerea unei cantități mai mari de sânge pentru examene de laborator.

Material necesar:

- pătura pentru înfășurarea (imobilizarea) copilului;
- seringi/ace de unică folosință;
- vacutainere;
- material de dezinfectie: alcool 70 grade;
- tampon sterile;
- mănuși de unică folosință.

Pregătirea copilului

- se înfașă copilul după tehnica mumiei care permite imobilizare fără să jeneze și se lasă acces la zona jugulară.

Efectuarea procedurii

- se identifică pacientul;
- se verifică recomandarea medicală;
- se stabilește locul
 - vena jugulară externă, copilul fiind așezat cu capul mai jos decât corpul folosind un prosop rulat sau marginea mesei;
 - vena femorală "poziția broaștei" copilul fiind fixat la nivelul genunchilor cu mâna evitând presiunea pe coapse;
- se dezinfectează locul și se face puncția venoasă;
- după recoltare pe locul înțepăturii se aplică un tampon cu care se face compresie;
- speciamentele recoltate se trimit la laborator.

Observații

- puncția poate fi efectuată de către medic sau de un asistent medical special instruit pe baza unui protocol elaborat și semnat de către medic.

b) Prelevarea probelor de urină la copil

- se face toaleta organelor genitale;
- se fixează în jurul perineului sau vulvei o pungă sterilă din material plastic;
- în lipsa pungii se urmărește atent copilul pentru a surprinde momentul micțiunii.

Materialele pentru recoltare, recipiente sterile, trebuie să fie permanent pregătite.

c) Prelevarea probelor din scaun la copil

- pentru examenul coproparazitologic se recoltează din scaunul emis spontan fără supozitor;
- prelevarea se face din zone care prezintă mucus, fragmente nedigerate cantitatea fiind aproximativ 5 gr;
- dacă scaunul nu prezintă modificări, recoltarea se face din mai multe zone;
- pentru coprocultură recoltarea se face direct din rect cu sonda melaton sterilă.

Materialele pentru recoltare, recipiente sterile, trebuie să fie permanent pregătite.

Procedura de recoltare este descrisă la capitolul 5 (5.3 Recoltarea materiilor fecale pentru examenele de laborator, a) Recoltarea materiilor fecale pentru examen coproparazitologic).

23.3. Îngrijirea plăgii ombilicale

Scop: mumificarea cordonului și prevenirea infecției.

Îngrijirile încep la maternitate și se continuă la domiciliu. Se execută de personal de specialitate sau de către mamă/substitut matern la domiciliu după o prealabilă informare/instruire.

Îngrijiri înainte de căderea bontului ombilical

- normal bontul ombilical se mumifică după 6-8 zile de la naștere și se detașează;
- în primele ore se controlează pansamentul pentru a depista eventuale hemoragii;
- în zilele următoare se reface pansamentul și se observă evoluția (eventuale semne de infecții: roșeață, secreții, febră);
- pentru prevenirea infecției și grăbirea mumificării peste bont se aplică comprese sterile îmbibate în alcool;
- se anunță medicul dacă bontul devine moale, apare secreția.

Îngrijirea plăgii ombilicale în caz de infecții

- se anunță medicul, se respectă recomandările;
- se curăță plaga cu apă oxigenată;
- se atinge plaga cu betadină;
- se aplică pulbere de baneocin.

Dacă plaga prezintă granulom se atinge mugurul cu soluție de nitrat de argint 5%. Se aplică pansament steril.

23.4. Supravegherea nou-născutului în incubator

Informații generale

Incubatorul este un habitacul (lăcaș) închis cu pereți din material plastic transparent care permite observarea nou născutului, realizarea îngrijirilor și liniștirea prin atingere.

Prezintă orificii care permit trecerea tuburilor și sondelor necesare acordării îngrijirilor.

În interior aerul ambiant este cald, umidificat și reîmprospătat permanent.

Indicații

- nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere;
- nou-născuții fragili, sub supraveghere clinică strictă - dezechilibrați hermodinamic, respirator, instabili termic, la care trebuie observate mișcări anormale, colorația tegumentului, semne de agravare a stării de sănătate;
- nou-născuții sub fototerapie.

Materiale necesare

- incubator curat decontaminat, preîncălzit;
- gradul de umiditate reglat (40%).

Pentru incubator

- o "piele de oaie" sintetică pentru acoperirea saltelei;
- un cearceaf;
- un scutec împăturit sub cap;
- un sac;
- o pânză pentru acoperirea corpului copilului;
- o pânză pentru acoperirea incubatorului.

Pentru copil

- un scutec sau pled;
- o cămășuță și eventual șoșete.

Efectuarea procedurii

- se informează familia;
- se explică necesitatea punerii în incubator, modul de funcționare și posibilitatea de contact cu copilul.

Instalarea copilului

- se dezbracă nou-născutul;
- se reglează temperatura din incubator cu ajutorul unei sonde cutanate;
- se instalează sau se verifică sonda de gavaj, perfuzia și oxigenul dacă este nevoie;
- se montează alarma;
- se instalează o pungă de urină;
- se lasă libere fața, mâinile și picioarele (pentru securitate);
- se acoperă cu o lenjerie moale;
- se respectă ritmul somn-veghe. În timpul somnului se acoperă incubatorul cu un cearceaf
- familia va fi informată asupra confortului copilului și cum poate participa la îngrijire.

Supravegherea copilului

- se observă și se notează temperatura la ore regulate din 6 în 6 ore;
- se asigură poziția sondei cutanate care rămâne tot timpul cât copilul stă în incubator;
- se verifică umiditatea;
- poziționarea copilului la fiecare îngrijire (în timpul perioadei de veghe), respectiv dreapta- stânga-pe spate;
- curățirea rezervorului de apă și schimbarea la 24 ore este de dorit ca atunci când părinții iau legătura cu copilul să poarte echipament de protecție.

Întreținerea cotidiană a incubatorului

- se face când copilul este scos pentru toaletă;
- se îndepărtează lenjeria;
- se curăță accesoriile, pereții interiori apoi cei exteriori;
- se dezinfectează exteriorul, se preferă apă sterilă sau serul fiziologic pentru interior;
- pentru dezinfecție nu se folosesc produse toxice (fenoli, aldihide, halogeni, acizi, alcool);
- se reface pătuțul.

Leșirea din incubator

Copilul părăsește incubatorul cu avizul medicului dacă:

- starea clinică și termică este stabilă, s-a produs o maturizare suficientă;
- dacă nou-născutul este la termen și are temperatura stabilă;
- dacă este prematur sau are greutate mică: temperatura corpului să fie stabilă iar cea a mediului în jur de 28-30 grade;
- înainte de a fi scos din incubator se face acomodarea cu temperatura exterioară.

Părinții vor fi instruiți cum să îngrijească copilul

La sfârșit se curăță și se decontaminează incubatorul.

Complicații și riscuri

- tulburări de termoreglare din cauza:
 - pierderilor de căldură (închiderea și deschiderea repetată a incubatorului);
 - temperaturii neadaptate;
 - umidității neadaptate.
- infecții nozocomiale din cauza:
 - lipsei de igienă a incubatorului;
- inconfortul copilului
 - poziția incomodă
 - lumina puternică, zgomot;
- inhalarea regurgitațiilor;
- arsuri ca urmare a lipsei circulației aerului în interior. Se poziționează salteaua de așa manieră încât să se mențină circulația

aerului, se evită curenții care pot provoca supraîncălziri.

NOTĂ: INCUBATORUL ESTE UN APARAT ELECTRIC ȘI NECESITĂ SUPRAVEGHERE PERMANENTĂ

23.5. Supravegherea nou născutului sub fototerapie

Fototerapia este expunerea la radiații luminoase.

Indicații

- Icterul la copil (galbenă tegumentelor ca urmare a unui exces de bilirubină sangvină).

Informații generale

Icterul fiziologic sau hiperbilirubinemia tranzitorie neonatală

- apare în proporție de 60%-70% la nou născuții la termen și 95% din prematuri;
- este o consecință a hemolizei fiziologice post-natale;
- debutează a doua, a treia zi de viață;
- este puțin intens, nu este însoțit de febră, uneori apare o ușoară somnolență;
- starea generală este bună;
- urina este de aspect normal, nu pătează scutecele, nu conține pigmenți biliari, urobilinogenul ușor crescut, fecalele au aspect normal.

Evoluția este favorabilă, icterul scade rapid în intensitate și dispare spontan după 5-7 zile mai rar după 10-14 zile.

Nu necesită tratament, numai dacă este foarte intens medicul recomandă fenobarbital sau fototerapie.

Icterele patologice

- au numeroase cauze;
- sunt consecințe ale tulburărilor metabolismului bilirubinei care pot interesa producerea, captarea hepatică, conjugarea sau excreția sa;
- boala hemolitică a nou născutului denumită și icter grav prin incompatibilitate H sau eritroblastoză fetală este una din cauzele hipebilirubiniei patologice.

Fototerapia reprezintă tratamentul hipebilirubinemiei neonatale și a icterului prin expunerea tegumentelor copilului la radiație luminoasă intensă. Spectrul ultraviolet din radiația luminoasă contribuie la eliminarea bilirubinei din pielea copilului.

Material necesar

- incubator;
- lampă de fototerapie;
- ochelari de fototerapie pentru protecția ochilor copilului;
- aleză de unică folosință;
- pungă de urină pentru baieți;
- scutec pentru realizarea unui înveliș (cocon).

Pregătirea copilului

- se identifică copilul pentru a fi sigur că procedura se aplică celui care trebuie;
- se dezbracă copilul;
- se montează o pungă de urină dacă este băiat;
- se protejează ochii cu ochelarii speciali.

Rolul asistentului medical

Verifică:

- distanța între sursa de fototerapie și pielea copilului (30-40cm);
- poziția corectă a ochelarilor de fototerapie;
- reglarea temperaturii incubatorului și umiditatea;
- temperatura corporală;
- frecvență cardiacă și respiratorie a copilului;

Notează:

- diureza, culoarea urinei, a scaunului și greutatea copilului;
- comportamentul copilului;

Observă:

- colorația și hidratarea pielii, se dă copilului să bea la cerere se suplimentează lichidele prin perfuzie sub prescripțiile medicale

Alte îngrijiri

- calmează copilul prin cuvinte blânde dacă este agitat;
- se dă o tetină copilului, cu acordul părinților;
- se evită trezirea și se asigură confortul;
- se evită radiațiile luminoase prin acoperirea incubatorului (se asigură astfel și protecția pentru ceilalți copii care sunt în încăpere);
- pentru realizarea îngrijirilor igienice (schimbare, alimentație) se profită de perioada de veghe a copilului, se întrerupe lampa de fototerapie, se îndepărtează ochelarii;
- se verifică eficacitatea fototerapiei.

Supravegherea după fototerapie

b) Reabilitarea vârstnicului. Se aplică subiecților cu deficiențe fizice și psihice și presupune:

- dezvoltarea acelor capacități și forțe care să le permită independența în autoservire, pentru nevoile de bază;
- mobilizarea din pat în fotoliu;
- mersul propriu-zis sau cu cârje, cadru metalic, baston.

Reabilitarea se face atât în interesul vârstnicului cât și al societății, chiar dacă "restitutio ad integrum" nu mai este posibilă.

Reabilitarea este sinonimă cu alți 2 factori: readaptarea și recuperarea.

Readaptarea persoanelor vârstnice, în viziunea experților OMS, are în vedere 3 acțiuni:

- reactivarea - persoana vârstnică, pasivă, imobilizată, trebuie încurajată să-și reia viața cotidiană în mediul său normal.
- reinsertia socială - după boală sau chiar în timpul bolii, vârstnicul reia contactul cu familia, prietenii, vecinii, încetând să mai fie izolat.
- reintegrarea - vârstnicul își reia locul în societate, participă din plin la viața normală, își reia adesea activitatea profesională sau alte activități corespunzătoare capacității restante.

Reabilitarea geriatrică se întinde pe o perioadă mai lungă, de 4-5 luni și obligă la o abordare interdisciplinară: medicală, psihologică, sociologică și educațională.

24.8. Încontinența urinară

Noțiuni introductive

Este o tulburare funcțională a aparatului urinar întâlnită frecvent la vârstnici. Alături de demență și de imobilizare, incontinența urinară reprezintă o cauză majoră de instituționalizare.

Tratată fie în spital fie la domiciliu, incontinența urinară a vârstnicului este un fenomen în creștere care necesită costuri ridicate pentru echipamentele utilizate, tratamentul eventualelor complicații ca și pentru personalul de îngrijire.

Educarea pacientului/anturajului pentru prevenirea și tratamentul incontinenței urinare

Măsurile de prevenire a incontinenței urinare la vârstnici trebuie să țină seama de caracteristicile anatomo-fiziologice, psihologice și de morbiditate ale organismului vârstnic. Astfel, se știe că vârstnicii au o capacitate vezicală mai redusă, iar golirea acesteia se face la intervale mai scurte decât la adult.

Câteva aspecte practice trebuie cunoscute atât de vârstnic cât și de anturaj pentru a preveni incontinența:

- golirea completă a vezicii înainte și după mese, și la culcare;
- urinare de câte ori este nevoie;
- deprinderea de a urina la fiecare 2 ore în timpul zilei și la fiecare 4 ore noaptea, utilă în antrenamentul vezicii; acest lucru poate presupune folosirea unui ceas deșteptător
- se bea între 1½ - 2 l lichide pe zi înainte de orele 18,00; ajută la funcționarea normală a rinichilor;
- se elimină sau reduce consumul de cafea, ceai, Cola și alcool întrucât au efect diuretic;
- diureticele prescrise se iau dimineața, după micul dejun;
- se limitează folosirea somniferelor, sedativelor și alcoolului deoarece scad senzația de micțiune și pot produce incontinență mai ales noaptea;
- persoanele supraponderale trebuie să slăbească;
- se fac faceți exerciții care să întărească mușchii pelvieni ce susțin vezica urinară (femeile);
- se asigurați că toaleta este aproape, ușor accesibilă și luminată noaptea; pot fi necesare bare de sprijin sau o toaletă supraînălțată;
- se folosește lenjerie protectoare de bumbac, tampoane igienice pentru femei sau slipuri protectoare pentru bărbați dacă este necesar;
- zilnic se ia vitamina C sau se consumă citrice pentru a ajuta la acidifierea urinei și a diminua riscul unei infecții urinare.

Măsuri generale de îngrijire

- atitudine adecvată. Rolul asistentului medical este de a da persoanelor mature informații și mijloace care să permită acestora să-și mențină controlul corporal;
- accesibilitatea toaletei. Este o intervenție adesea neglijată. se știe că circumstanțele de mediu pot contribui la incontinență în măsura în care distanța care trebuie parcursă pe jos este mai mare decât timpul dintre apariția senzației de micțiune și micțiunea propriu-zisă. Cazurile nedeplasabile vor fi servite cu ploscă la pat;
- evitarea complicațiilor iatrogene determinate de medicamente cu efecte adverse pe
- vezică și uretră;
- lenjerie de corp protectoare care să formeze un strat protector între piele și materialul umed;
- utilizarea de saltele absorbante;
- tehnici comportamentale - constau în programarea obișnuințelor de a folosi toaleta după un orar fix, exerciții de atenuare a senzației de micțiune și a stresului cauzat de incontinență, exerciții kegel de întărire a musculaturii planșeului pelvin și a sfincterului vezical.
- îngrijirea pielii, este esențială întrucât menține intactă prima linie de apărare împotriva infecțiilor. Pielea care vine în contact cu urina trebuie spălată și apoi uscată complet, după care se va aplica un strat protector lubrifiant. Nu vor fi neglijați nici pacienții care au îmbrăcăminte de protecție (Pampers, slip protector).